Suicide et conduites suicidaires

Sous la direction de

Jacques Védrinne
Olivier Quénard
Didier Weber

Tome I

Aspects socio-culturels, épidémiologiques
Prévention et traitement

Avec la collaboration de

F. Davidson, M. Ghorbal, D. Gonin, J. Jacq, D. Mandon, R. Menahem, A. Philippe

Préface de J. P. Soubrier
Secrétaire du Groupement d'Etudes et de Prévention du Suicide

MASSON
Paris - New York - Barcelone - Milan

N°120

Collection de Médecine Légale et de Toxicologie Médicale

Suicide et conduites suicidaires

Collection de Médecine Légale et de Toxicologie Médicale

Directeur : Professeur Louis ROCHE

Université Claude Bernard

Faculté de Médecine Alexis Carrel

LYON

Suicide et conduites suicidaires

Sous la direction de

Jacques Védrinne
Olivier Quénard
Didier Weber

Tome I

Aspects socio-culturels, épidémiologiques
Prévention et traitement

Avec la collaboration de

F. Davidson, M. Ghorbal, D. Gonin, J. Jacq, D. Mandon, R. Menahem, A. Philippe

Préface de J. P. Soubrier
Secrétaire du Groupement d'Etudes et de Prévention du Suicide

MASSON
Paris - New York - Barcelone - Milan

N°120

Collection de Médecine Légale et de Toxicologie Médicale

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés réservés pour tous pays.

La loi du 11 mars 1957, n'autorisant aux termes des alinéas 2 et 3 de l'article 41, d'une part, que les copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, que les analyses et courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale, ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants-droit ou ayants-cause, est illicite » (alinéa 1er de l'art. 40).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code pénal.

© *Masson, Paris, 1981*

I S B N 2-225-75515-9

I S S N 0398 9119

LES AUTEURS

F. DAVIDSON. — Maître de Recherche, INSERM U 185, 44, chemin de la Ronde - 78110 Le Vézinet.

M. GHORBAL. — Chef de service Hospitalo-Universitaire, hôpital Razi, La Manouba - Tunis (Tunisie).

D. GONIN. — Psychiatre, Chef de travaux, Assistant des hôpitaux, Service d'Urgence Médicale, hôpital Edouard-Herriot, 69003 Lyon.

J. JACQ. — Maître de Recherches du Service de Santé des Armées, hôpital d'instruction militaire Desgenettes, boulevard Pinel - 69003 Lyon.

D. MANDON. — Maître assistant de Sociologie, Université Lyon-II, avenue de l'Université - 69500 Bron.

R. MENAHEM. — Psychologue, clinique des Maladies mentales et de l'encéphale, hôpital Sainte-Anne, 1, rue Carabis - 75014 Paris.

A. PHILIPPE. — Démographe, Ingénieur de Recherche, INSERM U 185, 44, chemin de la Ronde - 78110 Le Vézinet.

O. QUÉNARD. — Psychiatre, Chef de clinique psychiatrique, Service d'Urgence Médicale, hôpital Edouard-Herriot - 69003 Lyon.

J.P. SOUBRIER. — Médecin-chef de l'infirmerie de la Préfecture de Police, Secrétaire du Groupement d'Etudes et de Prévention du Suicide - 75001 Paris.

J. VÉDRINNE. — Maître de conférence agrégé, chef de service d'Urgence Médicale du Centre Hospitalier Sud, Faculté de Médecine Lyon-Nord, Domaine Rockefeller - 69008 Lyon.

D. WEBER. — Pychologue, Service d'Urgence Médicale, hôpital Edouard-Herriot - 69003 Lyon.

TABLE DES MATIERES

AVANT-PROPOS. — L. ROCHE 9

PREFACE. — J.P. SOUBRIER 11

INTRODUCTION. — O. QUÉNARD, J. VÉDRINNE, D. WEBER 15

CHAPITRE I. — ASPECTS SOCIO-CULTURELS

Fonctions et permanence des mythes sur le suicide. — R. MENAHEM 21

Perspectives sociologiques sur les suicides. — D. MANDON 35

Dépression, suicide et culture. A propos de la dépression et du suicide dans le Maghreb. — M. GHORBAL 49

CHAPITRE II. — EVALUATION - STATISTIQUE

Epidémiologie-statistiques. — A. PHILIPPE, F. DAVIDSON .. 105

Les groupes à risques. — J. JACQ, O. QUÉNARD 143

CHAPITRE III. — PREVENTION - TRAITEMENT

Prévention et traitement du suicide. — D. WEBER, J. VÉDRINNE 155

Le praticien et la reconnaissance du sujet suicidaire. — J. VÉDRINNE 171

Le risque suicidaire et la place de la mort au cours des traitements et des cures. — D. GONIN 181

Structure de soins et de prévention. — O. QUÉNARD 197

CONTENTS

FOREWORD. — L. Rcche 9

FOREWORD. — J.P. Soubrier 11

INTRODUCTION. — C. Quénard, J. Vedrinne, D. Weber 15

CHAPTER 1st. — SOCIAL AND CULTURAL ASPECTS

Functions and persistence of myths on suicide. — Menahem 21

Sociological patterns of suicides. — D. Mandon 35

Depression, suicide and culture, with particular attention to depression and suicide in Maghreb. — M. Ghorbal .. 49

CHAPTER 2nd. — STATISTICAL EVALUATION

Epidemiology-statistics. — A. Philippe, F. Davidson 105

High-risk groups. — J. Jacq, O. Quénard 143

CHAPTER 3. — PREVENTION - TREATMENT

Prevention and treatment of suicide. — D. Weber, J. Vedrinne 155

The general practitioner perception of potential suicide among his patients. — J. Vedrinne 171

The suicidal risk and the place of death in treatment and cures. — D. Gonin 181

Structure for care and prevention. — O. Quénard 197

AVANT-PROPOS

Je suis très heureux d'accueillir dans la Collection de Médecine Légale et de Toxicologie, ces excellents travaux sur le Suicide et la Tentative de Suicide.

Ces recherches, comme il est mentionné dans l'avant-propos, ont été effectuées, surtout à Lyon, dans le cadre d'un Service d'Urgence et de Toxicologie Clinique. En effet, tout travail scientifique nécessite, pour être réalisé :

— des travailleurs, avançant patiemment dans la connaissance, et des chercheurs de qualité présentent leur travail dans ces pages,

— mais, aussi une structure : on ne peut faire d'études en chirurgie sans un service de chirurgie ; en sciences exactes sans Laboratoire ; en informatique sans ordinateur. Ces travaux sur le suicide ont été réalisés dans un Service d'Urgence Toxicologique et Psychiatrique qui a représenté, il y a 20 ans, une nouveauté dans le domaine hospitalier : un médecin des Hôpitaux a choisi un service d'Urgence ; il y a constitué une équipe permanente ; des médecins psychiatres ont été étroitement associés à des médecins toxicologues et des réanimateurs, et les infirmières qui travaillent sont, pour certaines diplômées d'Etat et pour d'autres infirmières psychiatriques. C'est notre mérite avec d'abord le Docteur Louis BOURRAT, puis les Professeurs Marcel COLIN et Jacques VEDRINNE d'avoir organisé ce service.

La Collection de Médecine Légale et de Toxicologie Médicale, dont c'est le cent-vingtième volume, a servi de support à la plupart des travaux effectués ces 20 dernières années en Médecine Légale et en Toxicologie ; elle a joué un rôle indiscutable dans la survie et le développement de ces deux disciplines. Il manquait un ouvrage sur le suicide, ce volume comble cette lacune.

L'effort que représente, sur le plan du travail et sur le plan financier, la parution d'un livre non programmé et publié en deux mois, grâce à Madame CHARBIT, permettra une meilleure connaissance de cette discipline qu'est la Suicidologie.

Louis ROCHE.

PREFACE

La suicidologie existe en titre depuis 1969, époque à laquelle furent créés, aux U.S.A., l'Association Américaine de Suicidologie à Chicago, et, en France, le Groupement d'Etudes et de Prévention du Suicide avec l'appui de l'équipe lyonnaise du Professeur Roche et le soutien inconditionnel du Professeur Pichot à Paris.

Le terme de Suicidologie, selon Schneidman, définit « toutes les études scientifiques concernant le phénomène Suicide ». Ce terme qui serait connu depuis 1929, fut innové par cet auteur, chef de file de la suicidologie américaine, avec N. Farberow et R. Litman, tous disciples de I. Dublin et de K. Menninger.

La rencontre, à un niveau mondial, des suicidologues s'est effectuée dans le cadre de l'Association Internationale pour la Prévention du Suicide, fondée par E. Ringel de Vienne, et dont le 11e Congrès coïncidera avec la publication de ce premier livre de suicidologie française, marquant ainsi l'activité intellectuelle et pratique des suicidologues français. Il était d'ailleurs temps. Aucun ouvrage moderne de clinique et de recherche n'était paru depuis celui de André Haim sur « Les Suicides des Adolescents » en 1969.

Certes, l'étude de E. Durkheim, sociologue du XIXe siècle, demeure inégalée et de nombreux auteurs étrangers le citent régulièrement. La théorie de l'Anomie persiste dans une remarquable actualité. Mais, l'école française de suicidologie, issue à la fois des Services de psychiatrie et de réanimation toxicologique, a l'avantage de travailler sur le terrain du suicide, présentant dans cet ouvrage l'expérience clinique et thérapeutique associée aux recherches épidémiologiques et philosophiques.

En effet, on ne peut aujourd'hui considérer le Suicide comme un phénomène unique, lié à un trouble mental particulier ou étant un fait unique de changement de société. Beaucoup de facteurs divers entrent dans le jeu de la mort volontaire et de l'autodestruction.

A cet égard, nous savons depuis Farberow, qu'il n'y a pas un seul, mais plusieurs comportements autodestructeurs selon deux modes ou deux registres : directs ou indirects. L'intentionalité de la mort n'est pas unique mais double : l'une authentique, consciente, l'autre plus fréquente, préconsciente, correspond à la majorité des tentatives de suicide et aux équivalents suicidaires. Selon E. Schneidman, il s'agit en effet de morts dites subintentionnelles, l'individu portant la propre responsabilité de sa propre fin, terminaison de vie, sa mort.

L'intérêt de toute étude sur le suicide vient du fait de la complexité du phénomène et du caractère le plus souvent ambigu du désir de mort et de la conduite suicidaire. Le désir de mort, dans la question du suicide, peut être triple. Comme nous l'avait proposé K. Menninger dans son ouvrage « Man against himself », en 1938 : Désir de mourir, désir d'être tué, désir de tuer. La pathologie médico-légale quotidienne à tous niveaux de la psychiatrie nous le confirme.

Le rappel aux désirs inconscients préside dans toute étude de l'origine du suicide et de l'idée de suicide chez tout être humain. Néanmoins, les bouleversements sociaux, les désordres biologiques, les déséquilibres affectifs interviennent dans le déclenchement du passage à l'acte vers la mort par suicide.

Il faut certainement plus d'un seul facteur pour amener l'homme à se tuer. L'idée de mort existe lorsque le fonctionnement intellectuel de la pensée n'est pas interrompu.

De ce fait, l'on pourrait ainsi dire que le phénomène Suicide est une pathologie du désespoir, quel que soit le milieu, la culture et l'enveloppe sociale.

C'est à partir de telles réflexions que l'on pourra avancer que la prévention du suicide est difficile à mettre en pratique et à réaliser. Tant que le groupe social dans son unité n'en sera pas concerné, on fuira la question. Ceci ne veut pas dire que toute prévention du suicide est de l'ordre d'un mythe et qu'il existe comme dans certaines civilisations anciennes un Dieu Suicide qui permettrait de déplacer la question dans une autre fonction cathartique. Nous ne le croyons pas. Mais le suicide reste encore de nos jours un des sujets-tabous. Cependant les mass media nous apportent leur contingent de suicides classés par certains de « célèbres » pour en témoigner de l'exceptionnalité. Les suicidologues savent très bien en faire l'interprétation et ramener ces

suicides d'hommes politiques, de gens du théâtre et de la littérature à leur juste valeur de la réalité humaine et de la tragédie de l'appel au secours mal entendu.

Le mérite des suicidologues français vient justement de prouver qu'après avoir écouté des dizaines de milliers de suicidants et de suicidaires, que le suicide n'est que le dernier appel vers un désir de mieux vivre.

Certes, il existe une incongruité dans le phénomène Suicide qui dépasse de loin le médecin pourtant concerné au plus près par la mort pathologique mais qui ne peut à lui seul assumer tout le phénomène.

A ce titre, certains ont souhaité regrouper la suicidologie dans une pathologie de l'environnement ou encore comme une « Folie-Suicide ». Pourquoi pas ? En fait, la tragédie-suicide concerne également l'entourage du suicidé. Actuellement, les suicidologues américains s'intéressent (comme l'équipe lyonnaise d'ailleurs) aux réactions psychologiques du deuil de suicidés (Family psychotherapy-Suicide and Survivors), afin d'éviter toute autre acte final et toute crise mentale grave.

Nous voyons ainsi l'ampleur que revêt toute approche du suicide. La suicidologie mérite bien la définition d'étude scientifique du phénomène Suicide.

En 1969, un Forum de Concours Médical posait la question : « Vers une suicidologie ? »

En 1981, cet ouvrage vient assurer qu'elle existe bien et qu'elle est « vivante » (well and alive). Depuis sa création, le Groupement d'Etudes et de Prévention du Suicide n'a pas cessé de se manifester tant auprès du public médical que des autorités administratives par des articles divers et de nombreuses interviews de Presse.

Le Groupement, en particulier n'est pas étranger aux études de l'O.M.S. et de l'I.N.S.E.R.M. et a contribué activement à la collecte pour la certification des causes médicales de décès et par là même à une meilleure appréciation des statistiques et de l'épidémiologie du suicide en France.

Le tour du Pays a été effectué par les réunions annuelles de cette association. Pour chacune de ces réunions, un thème fut retenu. Des communications, des tables rondes, une discussion générale amènent les participants à une conclusion qui servira de thème à la réunion suivante.

A titre d'exemple nous citerons :

— *1969 : « Aspects médico-psychologiques de l'intoxication aux barbituriques. »*

— *1970 : « Le médecin face à la mort. »*

— *1971 : « Suicide et mass media. »*

— *1972 : « La prévention du suicide ; mythe ou réalité. »*

— *1973 : « Epidémiologie du suicide ; réalisations pratiques, incidences prophylactiques. »*

— *1974 : « Limites et possibilités de l'abord et des soins aux suicidants. »*

— *1975 : « La crise suicidaire. »*

— *1976 : « Les écoutes du suicidant. »*

— *1977 : « La réponse au phénomène suicide. »*

— *1978 : « Les différences sexuelles dans le comportement suicidaire. »*

— *1979 : « Erotisme et suicide. »*
« Ethnologie et suicide en pays méditerranéen. »

— *1980 : « Question sur les équivalents suicidaires. »*

Les actes de ces journées d'études ont été publiés dans la revue « Psychologie Médicale » ou sous forme de monographie aux Editions Masson.

En 1981, la 12e réunion annuelle du Groupement d'Etudes et de Prévention du Suicide, correspondra à la 11e réunion bisannuelle de l'Association Internationale pour la Prévention du Suicide. Le thème en sera « Dépression et suicide » ; question, qui l'eût dit, non encore résolue. La définition même du suicide non plus, mais comme tout suicidologue, nous avons toujours eu l'esprit « d'y voir plus clair ».

J.P. SOUBRIER.

INTRODUCTION

O. QUENARD, J. VEDRINNE et D. WEBER

Un nouveau livre sur le suicide, pourquoi ? Tout n'a-t-il pas déjà été écrit sur cette conduite humaine de tous les temps par des auteurs de formations très diverses : sociologues, psychiatres, écrivains, philosophes, théologiens, etc.

A cette abondance du discours écrit s'oppose la relative pauvreté des échanges entre les membres du groupe social. Même actuellement où les tabous concernant d'autres conduites sont levés (délinquance, toxicomanie, sexe, etc.), il n'en est pas de même pour le suicide.

Aussi, les auteurs de cet ouvrage, qui sont pour la plupart des praticiens, ont voulu essayer d'éclairer, après plusieurs années d'expérience dans la confrontation avec les multiples facettes du phénomène, les résistances à une approche plus sereine de ces actes où l'auto-destruction a une part importante.

L'évolution des différents discours sur le suicide montre qu'après l'importance prise par les moralistes ou les aliénistes, ce furent les sociologues qui eurent tendance à s'approprier le phénomène afin d'argumenter, voire de fonder la théorie sociologique.

Il y a une trentaine d'années, la dualité était encore active entre une perspective psychiatrique (envisageant le suicide comme l'équivalent d'une maladie mentale) et la perspective sociologique pure. Or, depuis le début du siècle, les perspectives freudiennes concernant la dynamique de l'agressivité, des conduites auto-punitives, l'élaboration du concept de l'instinct de mort, avaient permis de faire progresser les idées dans ce domaine mais sans déboucher pour autant sur une prise de conscience suffisante, en particulier au niveau des équipes soignantes.

Trois facteurs sont intervenus dans ces dernières décennies qui contribuèrent à l'élaboration d'une prise en considération plus satisfaisante des conduites suicidaires.

1) Tout d'abord, les travaux cliniques et théoriques de Ringel, Schneider et surtout Stengel dont l'ouvrage publié en 1968, « La tentative de suicide et sa signification sociale », constitue un jalon essentiel où il décrit les différentes fonctions du geste suicidaire devenues classiques (fonctions d'appel, ordalique, de fuite, etc.); parallèlement, en Amérique se mettaient en place des Centres de Prévention du Suicide à partir du modèle expérimental de Los Angeles, créé par Farberow, Schneidman et Litman, expérience qui fut transcrite dans leur ouvrage : « The Cry for Help ».

Tous ces auteurs n'ont pu travailler, réfléchir et apporter des éléments essentiels que dans la mesure où ils se sont surtout intéressés aux tentatives de suicide qui leur ont plus appris que les statistiques de décès.

2) La création de services d'urgence médicale et de toxicologie depuis une vingtaine d'années en France a permis à partir du nombre important des suicidants hospitalisés de mettre en route des travaux épidémiologiques et surtout de réaliser des recherches au niveau institutionnel et sur la place du suicide dans l'ensemble des déviances, tout en élaborant des modalités de prise en charge, en particulier ambulatoire.

3) Troisième type d'action, les initiatives de bénévoles avec des formules diverses (Samaritains en Angleterre, S.O.S. Amitié en France, Main Tendue en Suisse, etc.). L'intérêt de ces services a été de démontrer que les conduites suicidaires n'étaient pas réductibles à une maladie ou même à un symptôme, mais qu'elles constituaient un avatar existentiel et donc que savoir sur le suicide et capacité d'aide n'étaient pas forcément liés.

Parallèlement à la mise en place de ces structures se produisait une évolution des idées aboutissant au concept actuel d'état de crise et également à celui de comportement impliquant une menace de la vie (life-threatening behaviour).

Aussi, est-il facile d'imaginer la difficulté à cerner les limites des conduites qui font l'objet de cet ouvrage. Peut-on envisager de manière identique le suicidé par pendaison et le sujet augmentant la prise courante de risques inhérente à la vie quotidienne (conduite automobile, sport, alcool, etc.).

A ce propos, il est utile de préciser quelques conventions de vocabulaire. Il est tout d'abord un sigle très répandu: T.S.

(Tentative de Suicide) dont les vertus banalisantes reflètent les défenses contre l'angoisse de la réalité de la mort possible. Il est d'ailleurs assez étonnant que dans les milieux suicidologiques d'autres néologismes soient apparus : para-suicide, pseudo-suicide, somacide !... qui ont une signification tout aussi défensive, tentative de désamorcer la charge angoissante que comporte le mot suicide. En filigrane se profile également l'ancien débat actualisé à l'occasion de tous les congrès internationaux concernant la spécificité sociologique de la tentative de suicide et du suicide. Or, de nombreuses études catamnestiques (Schneider, Dahlgren, Retterstol) ont nettement démontré la surmortalité d'une population de suicidants dans les années qui suivent la tentative de suicide, par rapport à une population de référence (cette surmortalité relevant non seulement de récidives suicidaires mortelles mais également d'affections somatiques diverses, telles que alcoolisme, pathologie traumatique, affections dégénératives, etc.).

Il s'agit là d'une interrogation assez fondamentale dans la mesure où elle pose le problème de la pertinence du critère utilisé ; soit celui de l'acte suicidaire, phénomène certes apparent, comptabilisable, soit celui de l'altération de la personnalité entraînant des perturbations relationnelles plus ou moins importantes. C'est la problématique majeure posée à l'institution d'une suicidologie en tant que science fondée sur la prise en compte des actes plus que des sujets et risquant de ne constituer qu'une modalité réactionnelle superficielle du groupe qui récupère de cette manière des conduites qui menacent sa cohésion.

Cette ambiguïté, si elle ne sera pas dépassée dans les articles de cet ouvrage restera néanmoins en arrière plan.

De manière plus concrète, il convient malgré tout de définir un certain nombre de concepts :

— *suicidé :* sujet dont le geste a été mortel. Certains parlent de « suicide réussi » ;

— *suicidant :* survivant à un geste auto-destructeur. Certains parlent de « suicide manqué » ;

— *suicidaire :* il s'agit là d'un concept plus flou, marquant l'existence d'un risque de recours au suicide, soit que le sujet en ait formulé la possibilité, soit que son comportement habituel le suggère.

Cela permet d'introduire la notion d'équivalent suicidaire (dont le recensement sera étudié dans un des chapitres) avec le risque d'une inflation totalisante de nombreuses conduites qui ne peuvent se réduire à leur aspect d'auto-destruction, dont la toxicomanie est un des exemples les plus révélateurs.

On observera que les thèmes classiques de la littérature suicidologique ne font pas systématiquement l'objet de chapitres individualisés ; par contre, ils peuvent être traités par tel ou tel auteur, selon le développement auquel sa pratique le conduit.

En effet, notre souci dominant n'a pas été de tout traiter, de façon encyclopédique, mais plutôt de réfléter la pratique des uns et des autres. Cette optique délibérée justifie des développements particuliers ; ainsi en est-il de l'adolescent dont il est souvent question et selon des points de vue différents; les données statistiques montrent que les praticiens sont très souvent confrontés à cette « population ». De même, on ne s'étonnera pas de l'importance de l'étude transculturelle, centrée sur le Maghreb qui répond à une clinique de la dépression et du suicide aussi fréquente que déroutante pour les praticiens. L'importance de son développement se justifie également par la nécessité d'apporter des notions sur cette culture particulière; de telles notions qui seront supposées connues lorsque l'on évoque le suicide en Europe ne pouvaient l'être à propos du Maghreb. Dans d'autres domaines, notamment psychanalytique, nous avons présupposé un certain nombre de connaissances chez le lecteur, pour ne pas trop alourdir l'ensemble de cet ouvrage, que nous destinons davantage aux praticiens professionnels ou bénévoles, confrontés au problème du suicide, qu'au grand public pour lequel il conviendrait alors d'expliciter les concepts utilisés.

Cette référence au savoir nous permet enfin de préciser que le lecteur ne doit pas s'attendre à s'en servir d'arme contre le suicide; tout au plus pourrait-il l'utiliser comme défense personnelle dans l'approche du suicidant.

Nous souhaiterions que les différents éclairages que nous avons réunis permettent au lecteur de progresser dans son élaboration personnelle et institutionnelle du phénomène du suicide ; cette démarche constitue, selon nous, une nécessité fondamentale, autant dans une perspective de prévention que de traitement.

CHAPITRE I

ASPECTS SOCIO-CULTURELS

FONCTIONS ET PERMANENCE DES MYTHES SUR LE SUICIDE

Ruth MENAHEM

« Si je me tue, ce n'est pas pour me détruire, mais pour me reconstituer. »

A. ARTAUD.

Les poètes ont le privilège de pouvoir exprimer l'inexprimable ou l'interdit. La pensée d'Antonin Artaud citée en exergue, nous introduit au cœur des paradoxes des conduites suicidaires, au confluent des désirs de vie et des désirs de mort.

Comment parler du suicide ? Personne ne peut dire « ça ne me concerne pas », personne ne peut dire « je sais ». Car la mort est une réalité, une réalité scandaleuse, mais c'est la réalité de la vie. Elle fait horreur tout autant qu'elle fascine, c'est tout cela que dévoilent les conduites suicidaires. Comment en parler alors qu'on ne peut se situer à l'extérieur de ces conflits, comment décrire objectivement ce qui touche au plus profond de l'être ?

Pour tenter de comprendre les suicides, on pourrait chercher ce qui sous-tend la diversité de ces conduites : menaces, tentatives, passages à l'acte. Le fil conducteur sera l'angoisse de mort avec tous les mécanismes défensifs qui permettent de s'en protéger, quelquefois au prix même de la vie.

Qu'est-ce que le suicide ?

Quand on parle du suicide en général, il ne semble pas y avoir de problème quant à la signification de ce terme : celui qui

attente à ses jours, qui risque sa vie volontairement, est qualifié de suicidant ou suicidaire (la terminologie varie selon les auteurs). Mais dès que l'on essaie de préciser, dans un cas particulier, comment s'articulent désir de vivre et désir de mourir, on doit recourir à des inférences, c'est-à-dire des hypothèses sur les désirs conscients et inconscients, sur les motivations et leurs rationalisations, sur les motifs et mobiles.

Bien plus, toutes les fois qu'il y a une prise de risque, au volant d'une voiture, dans la pratique d'un sport, dans la prise d'un médicament (ou le refus de se soigner), quand on fume, quand on boit, faut-il parler de tendances suicidaires ? Combien d'accidents sont en fait le résultat d'une décision suicidaire ?

Toute la difficulté d'une définition univoque du suicide est liée à cette problématique complexe; le statut de suicidant est conféré à un individu par un autre (famille, médecin), qui par cette étiquette fait référence à la mort.

Ce que nous aimerions montrer, c'est que la mort est l'organisateur de ces conduites suicidaires même si elle n'en constitue pas l'objectif. Elle est l'enjeu de la communication entre le suicidant et son entourage. C'est parce que l'angoisse de mort est omniprésente, cette angoisse contre laquelle on se défend par tous les moyens, même les plus irrationnels comme la recherche de la mort, afin de la vaincre. C'est ce que dit si bien G. Bataille « *Notre vie toute entière est chargée de mort. Mais en moi, la mort définitive a le sens d'une étrange victoire. Elle me baigne de sa lueur, elle ouvre en moi le rêve infiniment joyeux, celui de sa disparition.* »

On ne peut comprendre l'évolution des idées sur le suicide, dans l'espace et dans le temps, que par référence aux mythologies en vigueur; selon la signification accordée à la mort, qui va à son tour donner son sens à la vie, la conduite suicidaire sera jugée différemment: depuis la glorification jusqu'à la réprobation la plus totale. C'est à travers ces mythologies collectives que vont se traduire les problématiques individuelles, qui elles aussi peuvent être fort diverses, selon la structure de la personnalité, selon le fonctionnement psychique, normal ou perturbé. De plus, même le suicide le plus solitaire s'inscrit dans une dialectique de communication avec l'entourage, famille ou société.

Ces trois perspectives, mythes collectifs, structure de la personnalité et manipulation de l'entourage, s'articulent les unes

avec les autres dans une commune défense contre l'angoisse de mort. Mais là on aborde l'innommable, l'interdit, la transgression; c'est pour cette raison que l'étude du suicide est si difficile et aboutit souvent à des résultats contradictoires.

Notre propos est d'illustrer ces trois faces des conduites suicidaires, sans prétendre à l'exhaustivité, mais pour ouvrir une réflexion qui est d'autant plus difficile si elle est gauchie par nos propres angoisses et défenses contre la mort.

Les mythologies collectives

Les éthiques philosophiques et religieuses peuvent être considérées comme reflétant les fantasmes collectifs. Il est souvent difficile de relier l'attitude devant le suicide au système proposé, car les positions sont loin d'être cohérentes.

Pour donner quelques exemples, on peut citer le bouddhisme, qui fait de l'annihilation du moi le but suprême de la vie, sauf dans certains cas où le suicide prend un sens religieux. A Athènes, le suicide est prohibé et pourtant admis comme forme de sanction : le cas de Socrate est bien connu. Les religions monothéistes sont généralement opposées au suicide; pourtant dans la Bible ne figure aucune interdiction formelle du suicide. Les martyrs ne constituent-ils pas une certaine glorification du suicide? Les querelles entre théologiens à propos des notions de sacrifice et de suicide montrent aussi la difficulté d'une prise de position claire.

La position de l'église catholique est la condamnation formelle: en 452 au Concile d'Arles, le suicide est assimilé à l'homicide et de ce fait condamné ; la sanction en est l'excommunication depuis le Concile de Tolède.

Dans l'enfer de Dante, les suicidés sont transformés en arbres morts ; ils se trouvent dans le dernier cercle, après les criminels, et ce sont les seuls qui ne pourront pas retrouver leur corps, pour les punir de l'avoir volontairement abandonné.

La loi civile n'est pas moins rigoureuse : les Etablissements de Saint Louis en 1270 déclarent que la femme et les biens du suicidé seront attribués à son seigneur; de plus il est empalé, car il y a des morts qu'il faut qu'on tue.

Le législateur punit le suicide, sans imaginer que dans son contexte laïque de vie sur terre, ces sanctions visent un cadavre;

quel sens cela peut-il avoir ? On ne peut le comprendre que s'il s'agit d'une mesure de protection contre un danger inconnu, contre le système de la mort.

Si la France est le premier pays à abolir les sanctions légales contre le suicidé et son entourage, c'est par une motion présentée par le docteur Guillotin (mais oui, l'inventeur de la guillotine) en 1790, dans le contexte de la libération révolutionnaire de tous les opprimés.

Pourtant la notion de la nécessité d'une sanction n'est pas complètement tombée en désuétude, puisque dans l'armée française, la recrue qui fait une tentative de suicide est passible d'une peine de prison pour atteinte au moral de l'armée (l'introduction de cette sanction a fait baisser le taux de tentatives de façon spectaculaire).

Avec l'introduction de la pensée scientifique, on va assister à une autre forme de causalité du suicide : ce n'est plus un destin individuel, mais la conséquence de phénomènes cosmiques ou climatiques : lunaison, taches solaires, saisons sont évoquées ; puis, l'intérêt scientifique se déplace pour trouver des causes anatomo-pathologiques ; ainsi le fameux « status-thymicolymphaticus » découvert par Bartel en 1910 ; curieusement, toutes les autopsies de suicidés de cette époque viennent en confirmer la présence.

On peut situer dans ce même courant de pensée les recherches actuelles sur les facteurs biologiques de la dépression, en particulier les travaux portant sur les taux de sérotonine. Un exemple intéressant en est fourni par des auteurs suédois (Asberg 1976), qui trouvent une répartition bi-modale des taux des 5 HIAA (métabolite de la sérotonine) dans le liquide céphalo-rachidien de patients déprimés. Ils font alors l'hypothèse d'un sous-groupe bio-chimique caractérisé par un taux bas de 5 HIAA. Or, la majorité des suicidants compris dans cet échantillon appartiennent au groupe à taux bas ; de plus, les sujets qui ont fait des tentatives de suicide dans ce groupe à taux bas, ont employé des méthodes plus violentes que les autres suicidants.

L'interprétation de ces résultats pose de nombreux problèmes : les fonctions qui semblent affectées par la sérotonine, telles que le sommeil, le comportement agressif et la douleur ne sont pas étrangères aux conduites suicidaires. Par ailleurs, on a pu montrer (Valzelli 1974) que le comportement agressif induit chez

le rat par l'isolement social est accompagné par une baisse de la synthèse de la sérotonine. S'il est prématuré de parler de prédicteur bio-chimique du suicide, on pourrait tenter l'hypothèse suivante: en distinguant dans le suicide deux fonctions essentielles, l'appel et l'agressivité, il se pourrait que l'augmentation de l'agressivité, cause ou conséquence d'un processus biochimique, puisse faire basculer le comportement et mener au passage à l'acte suicidaire.

Ces recherches récentes viennent confirmer la nécessité, dans le but de normaliser le suicide qui dérange, de l'intégrer dans le courant biologique pour lui trouver une cause autre que le désir de se tuer. Cela n'enlève rien à la valeur de ces travaux. mais doit rendre prudent dans l'interprétation des résultats.

Maintenant la société ne se protège plus contre le suicide par la voie légale; celui qui attente à ses jours n'est plus un criminel aux yeux de la loi, il est un malade mental, le suicide relève de la psychiatrie. Il est enfermé, mis à l'abri dans l'institution psychiatrique. Il est dangereux pour lui-même, certes, mais aussi pour les autres, non point parce qu'il va attenter à leur vie physique, mais parce qu'il va mettre en échec leurs systèmes de croyances édifiés pour lutter contre la peur de la mort.

La thèse psychiatrique, dont le père est Esquirol, défend le point de vue selon lequel le suicide est toujours le résultat d'une condition psychopathologique. Assimiler le suicide à la folie revient à dissocier l'acte de son auteur, c'est-à-dire à plaider l'irresponsabilité; « l'homme n'attente à ses jours que lorsqu'il est dans le délire », thèse qu'Esquirol développe en trois points:

- Tout suicidant est un malade mental.
- Le suicide est un symptôme et non une maladie.
- Le suicide est lié à l'anxiété « organique », ce trouble de l'humeur d'origine biologique que l'on trouve dans diverses maladies mentales.

La position actuelle fait du suicide l'expression d'une pathologie mentale, en distinguant le suicide du mélancolique, le suicide-chantage de l'hystérique, le suicide manipulateur des personnalités pathologiques. Certes, de nombreux tableaux pathologiques comportent un risque certain de suicide, mais on ne peut pour

autant affirmer que tous les suicides sont pathologiques, si ce n'est en vue d'exclure le suicidant du monde des normaux, de l'aliéner, pour être sûr de ne point s'y reconnaître.

Il existe pourtant des relations entre le suicide et la maladie, mais celles-ci sont le plus souvent ignorées. On a relevé, par exemple, une importante surmortalité par des causes diverses dans l'avenir des rescapés, et aussi une très grande fréquence de troubles divers dans l'histoire des suicidants. Nous nous reportons à une étude de R. Ettlinger (1972) portant sur 221 patients examinés lors d'une hospitalisation après tentative de suicide. On a relevé pendant une période de 10 ans (5 ans avant, 5 ans après la tentative) le nombre de jours d'arrêt de travail. Les résultats montrent:

- au cours des 5 années précédant la tentative, ce groupe totalise un nombre plus élevé de périodes d'arrêt de travail que la population générale;
- le nombre moyen de jours de maladie dans la population générale varie entre 17,1 et 25,3 pendant les 10 années couvrant l'étude. Les chiffres correspondants pour la population de suicidants est de 38,8 pour l'année n° 1 et de 64,4 pour l'année n° 10, avec un maximum de 89,7 pour l'année n° 6, celle consécutive à la tentative;
- en ce qui concerne les décès, au cours des 5 ans consécutifs à la tentative, on relève 35 morts dont 20 par suicide. Aussi bien le taux de mortalité que le taux de suicide sont très supérieurs aux chiffres habituels.

Les relations entre suicide et pathologie seraient peut-être à chercher dans une fragilité particulière de ces sujets, plutôt que dans une conception qui fait du suicide une maladie ou encore le symptôme d'une maladie. Si le suicide est du côté de la pathologie, c'est peut-être au sens étymologique de ce terme, puisque « pathos » veut dire souffrance.

L'effort du groupe social consiste à trouver une cause au suicide qui ne mette pas en question la valeur de la vie. Et la valeur de la vie dépend de ce qu'on fait de la mort. La croyance qu'a chacun de sa propre immortalité a besoin d'être cristallisée dans un mythe collectif, qui va déplacer cette croyance dans un « ailleurs » auquel on pourra accéder grâce à ses mérites:

paradis religieux, Panthéon ou Académie. Même si la croyance religieuse s'affaiblit, d'autres possibilités d'immortalité sont offertes.

On peut espérer survivre grâce à la continuité du groupe familial à travers les générations. L'héritage et les traditions sont les preuves tangibles de cette pérennité.

La mythologie de la nature, fondée par la théorie de l'évolution, présente une autre solution : le renouveau cyclique de la nature est un gage d'éternité. On peut aussi espérer se survivre grâce aux œuvres, créations artistiques ou scientifiques.

Mais actuellement, il semble qu'il y a une carence de croyances ; comment espérer survivre dans les générations futures, si, selon les prédictions des futurologues, la surpopulation du globe prend des proportions inquiétantes ! L'invulnérabilité écologique est rendue caduque par la pollution de l'environnement. Quant aux œuvres, qu'en restera-t-il après une guerre nucléaire ?

Si toutes les constructions mythiques classiques ont perdu leur efficace, comment se garder de la peur de la mort ? Par la défense la plus efficace et la plus redoutable, par le déni de la mort; la mort n'existe pas. L'homme n'est pas mortel ontologiquement, s'il meurt, c'est par accident, c'est parce qu'il n'a pas obéi à certaines prescriptions, c'est parce que la science n'a pas encore découvert le remède au mal dont il souffre, mais cela ne saurait tarder. C'est la mythologie de la science toute-puissante, qui va investir le médecin d'un pouvoir extraordinaire. Cette méconnaissance du caractère mortel de l'homme se manifeste dans les techniques de cryogénisation qui permettent la conservation du cadavre afin de le faire revivre quand on aura découvert le moyen technique de vaincre la maladie dont il a souffert. A la différence de la mythologie égyptienne par exemple, où l'embaumement du cadavre avait pour but de le conserver intact afin qu'il puisse survivre dans le royaume d'Osiris, chez les morts, l'objectif actuel est de le faire revivre sur terre, parmi les vivants. Ce déni de la mort est une défense délirante, puisqu'elle nie la réalité.

Ainsi, il n'y a plus besoin de mythologie de la mort, car la mort n'existe pas. L'immortalité n'est plus un fantasme, c'est une réalité. Les progrès de la médecine qui entraînent l'allongement de l'espérance de vie, confirment cette idée que la mort a toujours une cause. En évitant de s'exposer à ces dangers, tous

les hommes seront des Faust, éternellement jeunes. L'écrivain Ionesco, dans ses entretiens avec Y. Bonnefoy déclare ceci: « *J'avais fini par comprendre que l'on mourait parce que l'on avait une maladie, parce que l'on avait eu un accident, que, de toute façon, la mort était accidentelle, et qu'en faisant bien attention à ne pas être malade, en étant sage, en mettant son cache-nez, en prenant bien les médicaments, en faisant attention aux voitures, on ne mourrait jamais.* »

Mais derrière cette façade rassurante, l'angoisse de mort continue son œuvre. Et le suicide vient déranger cette belle construction défensive. « *Le suicide nous fournit la preuve la plus contraignante que la mort existe* » dit W. James, et c'est pourquoi il doit être sanctionné.

Les mythologies individuelles

La fonction du mythe collectif est de cristalliser les défenses individuelles; l'angoisse est moindre quand on peut lui trouver une explication reprise par le groupe. Mais il reste à expliquer comment chez un sujet particulier se réalise le passage à l'acte suicidaire. De nombreuses hypothèses ont été proposées.

On a cherché à définir des traits de personnalité qui seraient spécifiques aux suicidants. Ces travaux sont critiquables de plusieurs points de vue: la spécificité des traits découverts chez les suicidants ne peut être soumise à une vérification expérimentale, car on ne peut établir de lien entre un trait et un comportement. Même si, dans une population de suicidants, on trouve de l'hostilité, de la rigidité, de l'instabilité, du masochisme, des tendances homosexuelles passives, etc. cela ne peut jamais suffire pour en inférer l'éventualité d'une conduite suicidaire. Toutes les tentatives pour décrire un syndrome présuicidaire ont aussi tourné court. Mais on peut comprendre l'objectif de ces innombrables travaux, qui visent à établir une sorte de portrait-robot du suicidant, comme une tentative d'isoler ce groupe, de l'aliéner en quelque sorte.

Il en est de même des facteurs dont on pense qu'ils ont pu retentir sur la structuration de la personnalité, et qui inclineraient vers des comportements suicidaires, tels que la privation parentale, un rêver dissocié, l'isolement social...

Si on échoue à décrire une personnalité du suicidant, et si

on trouve des conduites suicidaires dans toutes les constellations de personnalité, dans tous les milieux socio-culturels, il faut peut-être s'interroger sur le sentiment de la mort chez ces sujets, dans ses rapports avec le passage à l'acte.

Toute conduite suicidaire a une double orientation, comme le dieu Janus ces conduites ont deux faces indissociables, l'une tournée vers la destruction et la mort, l'autre vers la vie et le contact avec les autres. L'étude approfondie des circonstances de la tentative, confirme cette hypothèse ; en effet, dans la majorité des cas, malgré les précautions prises, il reste toujours la possibilité d'une intervention d'autrui. Comme si le désir de vivre cherchait encore à triompher.

Dans les suicides les mieux préparés et où le désir de mourir est authentique, ce fantasme d'être sauvé est tout de même présent. Il y a toujours la notion du risque qui comporte en sous-entendu, la croyance magique dans la main du destin. Il est frappant de lire dans la lettre laissée par Montherlant, au moment de son suicide, une phrase de ce genre: « *avant de m'incinérer vérifiez si je suis bien mort* » (citation de mémoire).

Paradoxalement, les raisons de vivre, le suicidant les attend de son acte suicidaire. S'il « *n'existe aucune raison décisive de vivre* », on peut ajouter « *ou de se tuer* » (J. Bart, l'Opéra flottant).

L'entourage humain va jouer le rôle de caisse de résonance dans l'organisation de ces traits de personnalité pour faire échouer ou amplifier les comportements suicidaires.

Le suicidant et son entourage

Nous venons de voir que foyer dissocié, désorganisation familiale, sont souvent évoqués à propos des suicidants avec cependant des résultats variables quant à leur importance. Les pourcentages de suicidants issus de telles familles diffèrent selon les chercheurs (entre 30 et 84 %). Non seulement il n'y a pas d'accord pour décrire avec précision cette désorganisation, mais encore, il y a confusion entre un facteur, certes générateur de trouble, mais qui n'est pas pour autant un facteur suicidogène; d'ailleurs on l'invoque aussi bien comme facteur de délinquance ou de troubles du caractère.

Cette notion ne prend son sens qu'intégrée dans l'histoire

du suicidant avec sa famille. Les comportements suicidaires s'inscrivent dans un réseau d'interactions entre le suicidant et son entourage. L'enjeu de cette communication est l'angoisse de mort, qui va enfermer les deux parties en présence, dans un cycle de désirs et de craintes de mort réciproques.

Pour comprendre le passage à l'acte suicidaire, il faudrait connaître les positions vis-à-vis de la mort des deux parties en présence et de leurs interrelations. C'est bien entendu une tâche impossible, mais dont l'analyse, même si c'est après-coup, devrait permettre une nouvelle ouverture vers la vie.

Dire que c'est toujours la mort qui est en question, ne signifie pas pour autant que l'objectif du suicidant est de mourir : la pensée d'Antonin Artaud citée ci-dessus l'exprime très clairement ; se reconstruire, renaître après une mort qui ne serait pas définitive.

Les raisons de vivre, le suicidant les attend de son entourage, mais pour de multiples raisons, la communication est impossible sous forme verbale. Dans cette recherche désespérée de communication, l'argument utilisé est le plus convaincant, le plus décisif, le plus meurtrier, à savoir l'angoisse de mort ; une remise en question des interrogations fondamentales sur la vie et la mort qui aura pour résultat de fermer toute possibilité de communiquer.

Mais si l'entourage n'est pas concerné, on pourra assister à un revirement total de la situation. C'est encore dans la littérature que nous allons trouver un exemple extrême d'une telle situation. « La religieuse » de Diderot qui ne voit d'autre issue à ses malheurs que la mort, ne peut se suicider car ses compagnes ne participent pas à ce type de communication. Elle dit ceci : « *On me dégoûta de presque tous les moyens de m'ôter la vie, parce qu'il me sembla, que loin de s'y opposer, on me les présentait. Nous ne voulons pas apparemment qu'on nous pousse hors de ce monde, et peut-être n'y serai-je plus si elles avaient fait semblant de m'y retenir. Quand on s'ôte la vie peut-être cherche-t-on à désespérer les autres et la garde-t-on quand on croit les satisfaire : ce sont des mouvements qui se passent bien subtilement en nous. En vérité je ne vivais que parce qu'elles souhaitaient ma mort.* »

Il ne faudrait pas se méprendre sur le sens de cette attitude ; il ne s'agit pas d'une recette qui consisterait à rejeter le suici-

dant, mais seulement de montrer combien les attitudes de l'entourage font partie intégrante du passage à l'acte. On ne peut non plus assimiler les désirs des « étrangers » à ceux des proches dont les sentiments ne peuvent qu'être ambivalents. C'est aussi montrer toute l'importance que peut avoir l'influence d'un tiers dans les moments de crise; ceci est crucial pour les prises en charge psychothérapiques.

Car, pour comprendre l'appel du suicidant sans se mettre soi-même en question, il faut avoir constitué des compromis solides pour se défendre contre sa propre angoisse de mort.

Le rôle du médecin, dans notre société où tous les problèmes sont médicalisés, est primordial. Doit-il banaliser, doit-il dramatiser ? Question bien difficile et peut-être mal posée, car le médecin est mis en question doublement, en tant qu'homme mortel et en tant que soignant dont le rôle est de lutter contre la mort. Et le suicidant vient le nier dans ce rôle, puisqu'il s'allie avec la mort contre les soignants.

Ce rôle du médecin est pourtant essentiel; on sait la fréquence des consultations médicales avant les actes suicidaires. Ces visites, sans motif bien défini en apparence, masquent en fait une demande d'aide, mais qui ne sait s'exprimer. C'est la tâche du médecin de savoir reconnaître, à travers des indices subtils, la demande implicite de son patient. Là, il peut l'aider à percevoir différemment la situation. Mais si le médecin lui-même est angoissé par la mort, si son système défensif est fragile, alors il ne pourra entendre l'appel du malade; la prescription de médicaments servira d'écran entre les deux partenaires; souvent ce sera à l'aide de ces médicaments reçus à la place de l'aide escomptée, que sera réalisée la tentative.

Le tabou du suicide

Comment expliquer la défaite des instincts de vie? L'homme est le seul animal qui se suicide, mais aussi le seul qui ait un langage articulé; on pourrait faire l'hypothèse d'un lien entre l'impossibilité de communiquer par la parole et la recherche de la mort.

L'interdit qui couvre le suicide demande aussi à être expliqué: pourquoi n'aurait-on pas le droit de se tuer ? Montherlant dans ses Carnets en 1963, proclame la dignité du suicide: « *On se*

suicide par peur de ce qui va être, et il faudrait fouetter jusqu'au sang les gens qui osent flétrir cette peur... On se suicide par respect pour la raison quand l'âge ou la maladie enténèbrent la vôtre, et qu'y a-t-il de plus honorable que ce respect de la raison? On se suicide par respect pour la vie, quand votre vie a cessé d'être digne de vous, et qu'y a-t-il de plus honorable que ce respect de la vie ? On se suicide sans donner ses raisons, et peut-être sans raison, et on a le droit, le droit le plus sacré de n'en pas donner: pourquoi un homme n'aurait-il pas le droit de renoncer sans explications à une vie qu'il n'a pas demandée ? Tout ce qu'on peut dire contre le suicide sort de cette case défaillante du cerveau de l'homme d'où il tire des interdits terribles au petit bonheur. »

Pourtant l'interdit a une raison d'être, il n'existe pas d'interdit « au petit bonheur ». L'interdit est d'autant plus fort que le désir de l'enfreindre est plus puissant : il faut que la mort volontaire exerce une étrange fascination pour que la réprobation soit aussi massive. Pourtant cette transgression est permise à certains: l'exploration des lieux interdits comme le dit J. Rigaut est réservée à certains privilégiés, les héros et les grands hommes, mais le commun des mortels n'y a point accès.

Suicide et mort sont des sujets tabous, aussi vouloir comprendre le suicide en élucidant les attitudes devant la mort, c'est s'exposer à rencontrer un double mouvement de résistance. Et pourtant, parler du suicide, sans parler de la mort, c'est enlever à cet acte toute sa signification.

Ceci ne veut pas dire que tout suicide est recherche de la mort, constatation réfutée par les faits, mais que toute conduite suicidaire vise à donner un sens à la vie en utilisant comme enjeu de la communication avec les autres, l'angoisse de mort qui est l'argument ultime par lequel chacun se sent concerné.

Dans une culture fondée sur le déni de la mort, le suicide vient réintroduire la réalité. Il crie « j'accuse », et tout le groupe, à travers chacun de ses membres, se sent coupable. Ce maillon qui lâche risquerait d'entraîner tout le monde dans le tourbillon de la mort: c'est pourquoi le suicide ne peut être accepté.

BIBLIOGRAPHIE

ASBERG M., TRAKMAN L., THOREN P. — 5 HIAA in the cerebro spinal fluid. A bio chemical predictor. *Arch. Gen. Psychiat., 33,* 1193-1195, 1976.

ETTLINGER R., WISTRAND M. — Somatic Sequelae. Skandia International Symposia, 1972.

MENAMEM R. — La mort apprivoisée. Editions Universitaires, 1973.

VALZELLI L. — 5 hydroxytriptamine in aggressiveness : Serotinin new vistas. Raven Press New York, 255-263, 1974.

PERSPECTIVES SOCIOLOGIQUES SUR LES SUICIDES

Daniel MANDON

L'approche sociologique peut-elle encore nous aider à la compréhension d'un phénomène qui reste si souvent contradictoire et abscons ? La première difficulté réside dans l'étonnante variété d'œuvre de mort que ce concept recouvre, rendant pratiquement impossible toute définition totalisante, susceptible d'être commune à la diversité des approches et des disciplines. Une autre difficulté correspond au risque de réduction de la dimension existentielle du suicide à la finitude d'un système ou d'une théorie.

Une certaine désaffection de la morale et de la philosophie a, peut-être, contribué provisoirement au délaissement de ce cas limite, si révélateur de notre condition humaine et si présent au cœur des interrogations contemporaines. Des philosophes ou des anthropologues tels que Jean Ziegler, Louis-Vincent Thomas, ou Philippe Ariès, après Edgar Morin ou W. Jankelevitch, ont eu maintes fois l'occasion de dénoncer les dérobades ou les déguisements pseudo-scientifiques et philosophiques qui entourent la mort et en font un thème d'actualité soit pour mieux l'exorciser, soit pour la nier, ou faire semblant de l'ignorer. Si le discours sur le suicide n'est plus à la mode, celui sur les toxicomanies ou l'euthanasie, par exemple, apparaît aujourd'hui sur le devant de la scène ; et il semble, en retour, que les sciences sociales progressent vers une meilleure connaissance suicidologique à partir de l'étude de phénomènes qui ont en commun un caractère auto-destructeur (4) (6). Pérennité des questions ou nouveauté des problèmes ?... L'époque où Albert Camus, pour ne citer que lui, voyait dans le suicide le seul problème philosophique majeur, est-elle déjà si éloignée de nous ?

En ce qui nous concerne, ici, c'est-à-dire les perspectives plus spécifiquement sociologiques en suicidologie, contentons-nous d'évoquer tour à tour l'acquis de l'histoire, avec l'apport de Durkheim, le dépassement d'une théorie étiologique exclusive du suicide et la nécessité d'une pluridisciplinarité dans un domaine qui se situe au cœur même de l'interaction personne-société.

A. — Le suicide comme « fait social » : l'héritage Durkheimien

Qu'entend-on par suicide ? le meurtre de soi-même ? Mais, toute mort volontaire est-elle un suicide ? On sait sur ce point qu'Halbwachs avait alors eu soin de séparer le sacrifice du suicide, en s'appuyant sur le fait « qu'on doit tenir compte principalement de l'attitude de la société et des jugements différents qu'elle porte sur des actes extérieurement semblables » (17). On voit déjà se profiler des arguments qui seront repris plus tard en particulier avec René Girard et jusque dans les récents courants de l'interactionnisme; nous aurons l'occasion d'y revenir.

Au-delà du caractère pluriel, divers et hétérogène d'un phénomène qu'on ne peut, malgré tout, réduire à sa seule dimension sociale, y a-t-il un ordre possible et à quel niveau ? Celui du contenu de l'acte toujours difficile à connaître, voire impossible à comprendre, ou celui de sa forme et de sa signification ? Durkheim a voulu distinguer au sein des différents types de suicides, égoïstes, altruistes, anomiques, les formes individuelles : « il n'y a pas un suicide, mais des suicides... mais ce n'est pas assez d'avoir démontré que ces différences doivent exister, on voudrait pouvoir les saisir directement par l'observation et savoir en quoi elles consistent.. » (14). Il nous invite à bien déterminer « l'ordre de faits que nous nous proposons d'étudier sous le nom de suicides » ; d'où le risque encouru de toute définition générique. On se souvient, à ce propos de la définition à laquelle arrive Durkheim, au terme de son développement : « on appelle suicide tout cas de mort qui résulte directement ou indirectement d'un acte positif ou négatif, accompli par la victime elle-même et qu'elle savait devoir produire ce résultat. La tentative c'est l'acte, ainsi défini, mais arrêté avant que la mort en soit résultée ». Halbwachs, trente ans plus tard, estimera encore

« qu'il est plus facile de la critiquer que de lui en substituer une autre » (19).

Certes, les différents « types sociaux » de suicides n'ont rien d'idéal; ce sont des concepts tirés de faits recensés et ajustés avec le plus possible d'application, à partir d'un certain nombre de critères, et qui nous éloigne de toute « pré-notion ». Mais, face au contenu hétérogène d'actes apparemment et relativement homogènes, toute typologie ne risque-t-elle pas de devenir chimère ? Seule la méthode des covariations *, fondée sur des statistiques, depuis estimées contestables, « quant à la provenance et l'authenticité et qui ne concernent d'ailleurs que le suicide réalisé » (26), permet de tels traitements et la validation d'une démarche pourtant remarquable.

La thèse de Durkheim avait le mérite de bien montrer avec quelles précautions les résultats satistiques devaient être interprétés tout en soulignant leur place dans la *constance* d'un phénomène que ne peuvent expliquer les actes individuels : « On n'explique qu'en comparant. Une investigation scientifique ne peut donc arriver à sa fin que si elle porte sur des faits comparables » (14).

En fait, l'intérêt de la perspective traditionnelle sur le suicide c'est, avant tout et de façon si paradoxale, la relation qui existe entre le suicidant et son milieu humain et physique — et qui donne ce caractère d'acte éminemment social à une réalité dont l'origine semble se situer dans l'intimité même de l'être.

En ce sens, l'approche sociologique ne peut s'ériger en théorie étiologique plus ou moins exclusive du suicide. En lui reconnaissant la qualité de « fait social », elle n'implique nullement une définition par ailleurs illusoire, préjugeant de quelque manière que ce soit de la finalité de l'*acte* ou a fortiori de ses motivations. L'appréhension du fameux « taux social des suicides » pris pour objet d'analyse, par Durkheim, « laisse de côté, pour ainsi dire, l'individu en tant qu'individu, ses mobiles et ses idées... ». Au contraire, poursuit-il, « nous nous demanderons immédiatement quels sont les états des différents milieux sociaux (confessions religieuses, famille, société politique, groupes professionnels, etc.),

(*) DURKHEIM met en relation une variable indépendante et la variable dépendante (taux de suicides) en analysant s'il y a ou non corrélation entre les deux variables et cela, jusqu'à la nécessité de recourir à d'autres facteurs de plus en plus liés au degré de cohésion sociale.

en fonction desquels varie le suicide. C'est seulement ensuite que, revenant aux individus, nous chercherons comment ces causes générales s'individualisent pour produire les effets homicides qu'elle impliquent » (14).

Ainsi, « les causes extra-sociales auxquelles on peut a priori attribuer une influence sur le taux des suicides », essentiellement, les dispositions organico-psychiques et la nature du milieu physique..., ne doivent pas empêcher d'aller plus avant dans la recherche sociologique des causes proprement sociales.

L'hérédité, les atavismes, la folie, la race, le climat, les variations géographiques et saisonnières, etc., ne sont, en effet, que des causes apparentes, souvent véhiculées par les notions communes : « Les événements de la vie les plus divers et même les plus contradictoires peuvent également servir de prétextes au suicide. C'est donc qu'aucun d'eux n'en est la cause spécifique... Nous voyons les hommes résister à d'épouvantables malheurs, tandis que d'autres se suicident après de légers ennuis » (14).

Seule la constitution des types sociaux des suicides permet une véritable classification étiologique et morphologique — où nous pourrons connaître les facteurs directement liés au taux social des suicides : appartenance religieuse, état-civil, situations culturelles, économiques et politiques, etc.

A partir de la corrélation entre fréquence des suicides et ces divers facteurs, Durkheim a donc constitué ces « types de suicide : égoïste - altruiste, anomique, tous résultant de l'excès ou du défaut d'intégration sociale ». Au-delà de ces types, il parlait de véritables « courants suicidogènes » liés au degré de cohésion sociale. Une bonne illustration nous en est donnée dans le « suicide anomique ». Le pouvoir régulateur de toute société est en effet le résultat d'un équilibre plus ou moins précaire, entre un excès de normes ou de contraintes, et un défaut ou une contradiction des réglementations qui balisent la vie sociale : « Entre la manière dont s'exerce cette action régulatrice et le taux social des suicides, il existe un rapport ». Par exemple : « C'est un fait connu que les crises économiques ont sur le penchant au suicide une influence aggravante... » (14).

Mais, l'anomie économique, n'est pas la seule qui puisse influencer le taux de suicide ; l'anomie domestique et conjugale, en relation avec les bouleversements de la famille, décès, divorce... engendre de telles situations mortifères. Car, « c'est la consti-

tution morale de la société qui fixe à chaque instant le contingent de morts volontaires ». L'équilibre parfait entre les forces antagonistes d'intégration et d'anomie n'existe pas. Mais, selon les sociétés et les nombreux groupes qui les composent, il se traduit dans la réalité quotidienne par un état moral toujours instable, fruit de cette confrontation de forces opposées.

Ainsi, la clé de voûte de l'édifice est éminemment sociale: « le suicide varie en raison inverse du degré d'intégration des groupes sociaux dont fait partie l'individu » (14).

On sait que par la suite, plusieurs études sont venues corroborer cette corrélation entre le taux de suicide caractéristique d'un groupe et le degré de « cohésion sociale » de la société.

En réalité, quelle démonstration paradoxale que cette thèse Durkheimienne ! On comprend qu'elle ait pu provoquer tant de réactions hostiles, de critiques et de rejets: « L'acte par lequel un homme attente à sa propre vie semble par excellence individuel, issu des profondeurs mystérieuses du psychisme. Si le sociologue parvient à démontrer que dans l'acte même par lequel un être humain s'accroche à la vie et à ses semblables, c'est encore la société qui agit, quelle éclatante justification de la sociologie » (1). La sagesse ou l'humour de R. Aron nous introduit de la sorte à un débat sur le suicide plus contemporain.

B. — Le suicide comme « acte socialisé » : un comportement social

L'état actuel de la suicidologie semble, en effet, réserver une place quelque peu différente à l'approche sociologique. Aujourd'hui, même s'ils ont conscience d'être des nains sur les épaules des géants, la plupart des sociologues sont prémunis contre les dangers encourus par toute démarche univoque. Est-ce un effet de « l'esprit du temps » ? L'heure n'est-elle point à « une science des rencontres et des confins », pour le meilleur et pour le pire ! Qui, dans ce cas, prendrait le risque de réduire le phénomène suicidaire observé à ses causes sociales ?

Là encore, toute causalité verticale doit être soupçonnée comme réductrice parce qu'elle ne permet pas de relier suffisamment entre elles les diverses variables interférant au sein du phénomène social total, dans une connexion horizontale qui rende davantage compte de la réalité sociale et de l'expérience vécue.

A l'heure de la pluridisciplinarité, tout impérialisme, fusse-t-il celui d'une science aussi totalisante que la sociologie, ne saurait prétendre rendre compte du sens *des* divers suicides, au pluriel et dans leur hétérogénéité.

La diversité des significations existentielles, liée aux « multiples faces du suicide » (15), place au devant de la scène — si tant est que la notion de spectacle ou d'attestation joue ici un rôle primordial — *l'acte social* dans toute son irréductibilité. C'est, par exemple, le sens de la thèse récente de Jean Baechler dans la ligne de J.-P. Douglas (12, 13) qu'illustre bien le courant critique, voire anti-Durkeimien, de ceux qui soulignent à la fois la diversité des approches et la stérilité de leur juxtaposition, ou de leur simple addition.

Nous ne sommes plus, en effet, à la fin du XIX[e] siècle, et les apports de la psychanalyse et de la psychiatrie ne vont pas sans poser des nouveaux problèmes à la sociologie, chacune de ces disciplines, dans la richesse même de leurs investigations, postulant une interdisciplinarité parfois impossible.

La clef du problème se situe peut-être ailleurs, en amont d'une réalité humaine que l'esprit de système, dans le brio de ses démonstrations, risque parfois d'ignorer: « les facteurs doivent être saisis d'abord au niveau des cas, puis mis en série pour dégager des situations typiques. Procéder à l'inverse revient à mettre l'accent sur des facteurs massifs qui, par définition, agissent sur des populations dont l'immense majorité ne se suicide pas » (2). De la même façon, comment comprendre le suicide si, délaissant ces courants « extérieurs » et suicidogènes d'une société, on l'interprète à partir de forces « intérieures » à l'individu, voire d'une pathologie caractérisée ?

Pour sortir de l'impasse dans laquelle risque de nous introduire une adoption servile, par trop univoque et isolée, de chacune de ces trois grandes théories, sociologique, psychanalytique et psychiatrique, Jean Baechler affirme que « le suicide ne résulte ni d'un courant suicidogène d'origine sociale, ni d'une pulsion suicidaire intérieure, ni d'une maladie mentale spécifique » et formule l'hypothèse suivante: « le suicide est une solution portée à un problème »; d'où le *caractère profondément humain du suicide*, suggéré par la question: « qui cherche quelle solution à quel problème ? » (2). Ces trois aspects d'une même question permettent, en effet, de considérer aussi bien les problèmes

de personnalité, les facteurs proprement sociaux et culturels que les fameux sens typiques d'une « solution suicidaire ».

Dans cette optique on peut parler de la « logique » d'un suicide, en tant que choix possible — logique qui, bien entendu, ne signifie point rationalité — dans la mesure où il y a, certes, solution réelle à un problème, mais, où ce problème par ailleurs peut être imaginaire. En respectant la dimension humaine fondamentale du suicide — la liberté — on restitue à la science morale et la philosophie, son champ de réflexion. La solution suicidaire n'est plus seulement une « fin » mais un « moyen »; d'où la proposition: « la pluralité et l'hétérogénéité des suicides provient alors de ce qu'il n'y a aucune raison de principe, pour qu'un même moyen ne serve pas à des fins différentes » (2) et la définition de Jean Baechler: « Le suicide désigne tout comportement qui cherche et trouve la solution d'un problème existentiel dans le fait d'attenter à la vie du sujet » (2). Ainsi, plus que d'un acte, il s'agit d'un *comportement* supposant une évolution plus ou moins longue.

Pourtant un problème demeure : peut-on prôner une théorie générale des suicides à partir de l'observation clinique et de l'étude de cas et respecter cette singularité « irréductible de l'événement » qui constitue la seule réalité interrogeant la science sociale ? Par ailleurs, qui aujourd'hui, pourrait prétendre que les sociologues ont fait du suicide une illustration de leur typologie ou un concept réductible à une analyse factorielle ?

La moindre pratique de la pluridisciplinarité, à travers une recherche commune avec les cliniciens interpellés quotidiennement et concrètement par cette douloureuse réalité, par exemple, devrait mettre à l'abri de telles critiques le sociologue soucieux de respecter le caractère si polymorphe de cette réalité tout en cherchant à construire, dans une conceptualisation cohérente, un objet précis et à poser une question fondamentale. C'est pourquoi Jean Baechler remarque avec raison: « une connaissance même superficielle de la littérature sur le sujet convainc très vite le lecteur de la pluralité des points de vue et de l'impossibilité de les additionner. De sorte que l'objet même des recherches tend à se dissoudre et que la problématique tourne à vide. Un recentrage est ici inévitable » (2). C'est tout l'intérêt d'une entreprise qui fera date.

Si nous nous sommes quelque peu attardés sur cet ouvrage,

c'est parce qu'il nous semble bien correspondre à cette *articulation* nécessaire entre *l'observation clinique* des suicides et l'élaboration toujours aussi actuelle d'une *théorie générale* partant de l'étude des cas. En situant le suicide d'abord comme une *réponse humaine* à une question existentielle, on ne peut négliger l'étude de la population particulière qui en vient à se supprimer et dont le hasard ne saurait rendre compte de la composition.

Toujours sur un plan épistémologique, quelle leçon de modestie, enfin, que cet aveu qu'« il n'y a aucun point de vue supérieur qui soit le lieu géométrique de tous ces points de vue particuliers... L'explication dans les sciences sociales est un pluralisme bien tempéré ! » (2). Nous ne succomberons donc pas à cette illusion qui consiste à découvrir avec émerveillement que le point de vue local à partir duquel de si nombreux facteurs s'enchaînent, devient le clef même de la totalité et « ce lieu géométrique », que chaque discipline pourrait avoir tendance à consacrer.

Certes, nous n'avons pas à refaire ici l'histoire des diverses théories. Depuis l'abbé Desfontaines, en 1737, et le courant de l'Encyclopédie, jusqu'à l'étude récente que nous venons de citer, en passant par l'étude des « fonctions suicidaires » décrites, par exemple, par Stengel et Cook, le parcours est long et hésitant. Mais, ces théories, chacune à leur manière, comme l'a bien montré G. Deshaies (10), ont contribué à restituer au suicide une plus grande signification, dans une appréhension plus respectueuse du sens de la conduite suicidaire et partant de « *l'acte socialisé* » qu'il implique dans toutes ses dimensions.

C'est bien ici le cœur même du débat sur la finalité et l'intentionnalité du suicide; la mort seule ne peut suffire à rendre compte de cet acte; il s'agit avant tout d'une prise de position de la personne par rapport à son groupe de référence et à la société: « Cette conception de l'acte suicidaire permet aux sociologues, aux statisticiens, tout autant qu'aux psychologues et aux psychiatres, de l'étudier dans leurs différentes perspectives » (19).

C. — Le suicide au cœur de l'interaction personne-société

Parler du suicide en termes de *comportement* implique une étude des mécanismes qui se situent « en amont » de l'acte. Le

suicide arrive au terme d'un processus plus ou moins long de remise en question, voire de rupture, de la relation fondamentale de la personne à la réalité et à autrui. On sait, sur ce point, que l'être humain qui naît comme une somme de virtualités, de « possibles », constitue progressivement sa personnalité, dans l'émergence d'une liberté, en se construisant dans l'expérience de son groupe de référence (famille, par exemple...) au sein d'une culture et d'une société.

Ainsi, dans le comportement suicidaire, la personne remet brutalement en cause le système relationnel qui la fait vivre.

Dans deux recherches pluridisciplinaires, où nous avons eu l'occasion de collaborer avec des psychiatres, concernant les « mécanismes de définition sociale de la déviance » (7) et la relation « alcoolisme et violence » (8), dans la plupart des cas, les personnes hospitalisées manifestaient de façon plus ou moins explicite des atteintes profondes au rapport symbiotique et symbolique qui les reliait à leur milieu de vie.

Certes, il ne faudrait pas tomber à partir de tels exemples dans un relativisme culturel dénoncé par G. Devereux et qui confondrait le concept sociologique d'adaptation et celui plus psychologique de « santé psychique » ou de normalité (11); c'était déjà la critique qu'adressait Géza Roheim aux analyses culturalistes (24).

Mais, l'altération de ces rapports d'interaction qui fondent l'équilibre culturel d'une personne dans son milieu et la constitue à la fois dans son existence individuelle et sociale, renvoie, malgré tout, à ce que nous évoquions précédemment au sujet du suicide anomique.

La distension du lien social est ici déterminante. En fait, cette relation fondamentale à autrui et au monde, jamais entièrement réalisée, toujours à inventer, souvent menacée, est au cœur même de notre liberté. Ce drame de l'existence, les psychologues l'ont bien décrit comme dans le passage d'une dépendance infantile à une dépendance relative d'ailleurs inévitablement narcissique: l'enfant qui existe d'abord *pour* et *par* quelqu'un (la mère), va connaître une existence à lui et pour lui. Cette phase nécessaire appelle sa propre insuffisance. Tout repli solipsiste est un moment dialectique qui postule une phase d'ouverture sur autrui. Cette succession, évoquée de façon hâtive et schématique, illustre l'aspect sinusoïdal, parfois chaotique et périlleux de cette aventure existentielle.

Dans la démarche commune menée avec le clinicien, on doit cependant prendre garde de ne pas opérer de centration sur l'individu pour saisir ce drame — les sciences humaines, en dépassant le vieux dualisme individu-société, nous empêchent de projeter l'individualité comme source, où s'origine la vie sociale — nous devons la situer bien au contraire dans *l'interaction* des rapports sociaux fondamentaux, créateurs, à la fois et indissolublement, de la personne et de la société.

Ainsi, il nous est apparu au fur et à mesure que se déroulait notre recherche, que c'est bien au niveau de ce système relationnel, dans les conditions sociales et les modèles culturels qui le façonnent, que se produit le processus cumulatif qui peut souvent aboutir à une œuvre de mort. Lorsque l'on a présent à l'esprit certaines tentatives de suicide, on voit, par exemple, de façon saisissante combien la vraie *solitude* est parente de la mort, c'est-à-dire du *non-sens;* seul le besoin d'exister pour autrui et l'attente qui témoigne du sens que l'on donne à son existence, révèlent la vie.

L'intérêt de cette problématique réside à plusieurs niveaux: celui, en premier lieu, d'une mise en lumière des diverses variables qui interfèrent dans le processus de détérioration de cette relation fondamentale, tant au niveau du code et du genre de vie — langage, statuts et rôles, institutions, modèles et normes... qu'à celui du cadre et du niveau de vie (conditions de travail, d'habitat — sans oublier les problèmes relatifs aux phénomènes d'acculturation et de déculturation). Cette souffrance du lien social a pu être observée par des philosophes et des cliniciens, tels Dagognet, M. Colin ou J. Hochman (18) qui ont utilisé à cette occasion le terme de socio-pathie et ceux qui en découlent ergo-pathie, conjugo-pathie,... etc. essayant de saisir « la réalité pathologique à son niveau de complexité le plus haut » (21).

En second lieu, la focalisation opérée sur cette « interaction personne-société » permet de retrouver ici des hypothèses de travail relativement fécondes, en ce qu'elles renouvellent la problématique de la violence et de la transgression. On pense, par exemple, aux analyses de René Girard sur la violence fondatrice, « la crise sacrificielle » et le rôle de la « victime émissaire » (16). Dans de nombreux cas, tout se passe, en effet, comme si le suicidant venait exprimer l'assouvissement d'une violence qui le dépasse; son sacrifice devient en quelque sorte la projection de l'agressivité du groupe.

On sait, d'autre part, le lien étroit qui unit les comportements auto et hétéro-agressifs souvent complémentaires, parfois symétriques, toujours en correspondance intime. Evoquons à ce propos la formule fameuse de G. Deshaies : « le meurtre évite le suicide, la destruction évite la névrose » (10). Pour reprendre l'exemple de la recherche que nous venons de citer plus haut, nous avons une illustration remarquable de cette complémentarité des conduites auto-agressives et hétéro-agressives, lorsque l'on regarde la pyramide des âges ou, pour les mêmes tranches — entre 15 et 25 ans, le nombre de suicides chez les femmes correspond à celui des actes délictueux chez les hommes. C'est un problème très important que ce lien qui rattache le suicide à l'agression « par l'intermédiaire du problème frustration-agression » comme l'a souligné le Pr Pichot, en évoquant en particulier la liaison « entre les facteurs socio-économiques de frustration et les manifestations agressives » (20). Décidément, les rapports du suicide au sacrifice, à l'ordalie ou même à l'homicide n'ont pas fini d'intriguer les chercheurs en sciences humaines. Dans son aspect transgressif vis-à-vis de l'ordre naturel, aussi bien que délictuel vis-à-vis de la loi sociale, le suicide pose sans cesse le problème du rapport à la norme.

En dernier lieu, cette perspective rejoint les analyses faites actuellement, en particulier par les criminologues et les sociologues de la déviance, sur les mécanismes et les processus de stigmatisation qui s'étendent à tout ce qui se passe « en amont » de l'acte. Nous rencontrons ici le rôle des fameux antécédents et, de façon plus générale les effets du contrôle social. Déjà en ce qui concerne la déviance, le courant interactionniste (3, 23) a bien montré que le point de départ ne se situe plus alors, dans la nature des actes commis ou des comportements sanctionnés, mais dans l'application au « déviant » des normes établies dans un type d'organisation sociale donné, ainsi que dans le processus interactionnel qui en découle. De plus, le premier « passage à l'acte » par son caractère souvent accidentel ne doit pas être analysé de la même manière que d'éventuelles réitérations secondaires. Parfois, cette amplification peut être présentée comme « découlant de l'effet stigmatisant de la réaction sociale intervenant quand l'audience classifie comme déviant celui qui s'est contenté au premier lieu, de poser un acte déviant » (22). Qu'il suffise à ce propos d'évoquer avec le Dr Daumezon le

problème du vocabulaire, et l'on comprendra « la puissance réellement meurtrière des expressions telles que « le forcené », ou même « le désespéré » et en général de tous les mots qui figent le rôle et la place du suicidant comme déjà mort ou, à plus forte raison, comme « bon à tuer » (9). Ainsi la réalité de la conduite suicidaire ne se situe peut-être pas où on l'attend.

Enfin, nous ne voudrions pas clore cette évocation des nouvelles perspectives qui s'ouvrent en sociologie et que l'on pourrait appliquer à l'analyse du suicide, sans faire allusion à l'importance de la prise en charge et de la prévention.

Il s'agit là d'un aspect non négligeable de cette interaction personne-société. Ce n'est pas, en effet, parce que les statistiques des suicides traduisent certaines constantes que toute prévention devient inutile; plus que d'un abus, il s'agirait d'un mauvais usage de l'approche sociologique si nous aboutissions à un telle interprétation. Au contraire, *la prise en charge par le groupe social lui-même* s'inscrit dans le prolongement des perspectives que nous venons d'évoquer. Ainsi, que ce soit en France avec des organismes aussi remarquables que S.O.S. Amitié ou aux U.S.A. où ce genre d'assistance est encore plus développé, comme le célèbre « Suicide Prevention Center » de Los Angeles que J.-P. Soubrier et J. Védrinne ont donné en exemple, tous les efforts entrepris pour créer et développer des centres communautaires, faisant appel à des bénévoles assistés de professionnels et partageant avec le suicidant le même tissu social, correspondent bien à cette nécessité de prévention et d'intervention. Remarquons au passage que, dans nos sociétés, le suicide, avec ses milliers de morts annuels, n'a « curieusement pas donné lieu à des tentatives de sensibilisation du groupe, contrairement aux autres fléaux » (25).

⁂

Pour conclure cette brève évocation de quelques perspectives sociologiques sur les suicides, il faudrait revenir à cette idée simple que les notions d'intégration sociale, de solidarité ou de lien social sont fondamentales pour comprendre non seulement les actes suicidaires mais les comportements qu'ils induisent. Le rapport d'interaction personne-société qui est dans son essence conflictuel, conditionne et garantit la vie même et la survie

de l'un et de l'autre. Il révèle du même coup que là où la vie sociale se dégrade l'œuvre de mort fait son chemin, un peu comme un écho au « vae soli » de l'Ecclésiaste; malheur surtout à celui que la solitude entraîne à la mort.

Dans nos sociétés « marquées par une dysharmonie accrue entre l'évolution des besoins et l'évolution des techniques, entre les aspirations des hommes et le monde qui se construit pour eux... » (5) plus que jamais, il nous faut pratiquer une « sociologie des aspirations » qui permette de progresser dans cette connaissance des mécanismes d'interaction entre la personne et la société, qui sont au cœur des problématiques du suicide.

BIBLIOGRAPHIE

1. Aron R. — Préface in : Baechler J. : Les suicides. Calman Levy, 1975.
2. Baechler J. — Les suicides. Calman Levy, 1975.
3. Becker Howard S. — « Outsiders, Studies in the sociology of deviance ». Londres, 1963.
4. Braconnier A. — Toxicomanies juvéniles et suicides. Thèse 1973, Paris V.
5. Chombart de Lauwe P.H. — Pour une Sociologie des Aspirations. Denoël, Paris, 1969.
6. Colonna L. — Toxicomanies et conduites suicidaires. *La Revue du Praticien*, 1971, n° 7.
7. Daille R., Mandon D., Quénard O., Rolland J.C., Colin M. — Recherche D.G.R.S.T.-S.E.P.C. - Institut Alexandre Lacassagne : « Mécanismes de définition sociale de la déviance ». Lyon, 1976.
8. Daille R., Mandon D., Quénard O., Rolland J.C., Colin M. — Recherche D.G.R.S.T.-S.E.P.C. - Institut Alexandre Lacassagne : « Alcoolisme et violence », Lyon, 1978.
9. Daumezon. — Langage, Suicide et Mass Media. In : « Suicide et Mass Media » : Masson, 55-58, 1972.
10. Deshaies G. — La psychologie du suicide. P.U.F., 1947.
11. Devereux G. — Essais d'Ethnopsychiatrie générale. 1970, Paris, 3e édition, 1977.
12. Douglas J.P. — The Sociological analysis of social meanings of suicide. *Archives européennes de sociologie*, 1966, 7, n° 2, 249-275.
13. Douglas J.P. — The Social meanings of suicide. Princeton University Press, 1967.
14. Durkheim. — Le suicide. P.U.F., Edition 1979.
15. Farberow L.N. — The many faces of suicide. Indirect self destructive behaviour. Mc Craw-Hill Book Company, 1980.
16. Girard R. — La violence et le sacré. Grasset, 1978.
17. Halbwachs. — Les causes des suicides. Paris, Alcan, 1930.
18. Hochmann J., Buffard S., Vedrinne J., Colin M. — Premières réflexions sur une expérience de psychothérapie des suicidants. *Annales de Médecine Légale*, 1965, 45, n° 1, 80-92.

19. MORON P. — Le suicide. P.U.F., Q.S.J., 1975.

20. PICHOT. — Suicide et Mass Media. Masson, 1972, 43-44.

21. REITTER M. — Le concept de sociopathie et son approche sociothérapique. Lyon, 1970. Thèse de Psychiatrie Médico-Légale.

22. ROBERT Ph. — La sociologie entre une criminologie de passage à l'acte et une criminologie de la réaction sociale. S.E.P.C., 1973.

23. ROBERT Ph., KELLENS G. — Nouvelles perspectives en sociologie de la déviance. *Revue Française de Sociologie*, 1973, XIV, 371-695.

24. ROHEIM G. — Psychanalyse et Anthropologie. Gallimard (10e édition), 1978.

25. SOUBRIER J.P., VEDRINNE J. — Avant propos in : « Suicide et Mass Media ». Masson, 1972, 5-8.

26. VEDRINNE J. — L'intoxication aiguë volontaire. Thèse, Lyon 1965.

DEPRESSION, SUICIDE ET CULTURE

A propos de la dépression et du suicide dans le Maghreb

Mohammed GHORBAL

Introduction

De façon générale, toute pathologie mentale nous confronte à la question du normal. Le champ pathologique se repère, se définit par rapport au normal. Aussi, l'étude de la pathologie dans le Maghreb doit-elle s'accompagner d'un travail de réflexion sur la personnalité normale dans ce contexte géographique et culturel.

Des conduites spécifiques comme le suicide renvoient à des repères psychologiques (faille dans le développement psycho-affectif) et sociologique (positionnement du groupe social par rapport à la mort). L'approche d'une question aussi importante ne peut être menée à bien sans le support d'un concept théorique. S'il est facile de se référer à la pathologie classique (occidentale) il s'avère nécessaire de se pencher sur les conditions de son application et de se livrer à une réflexion approfondie, donc d'adopter une attitude critique à l'égard des référents occidentaux.

La première partie de notre étude sera le résumé d'une telle démarche dans la mesure où elle nous amènera à l'exposé du schéma de la personnalité maghrébine. Celui-ci représente le fruit d'une réflexion de plusieurs années. Nous espérons, par son intermédiaire, contribuer à l'approche scientifique de la personnalité maghrébine, et susciter un intérêt particulier parmi les praticiens s'occupant de patients maghrébins.

Considérant les rapports particuliers qu'entretiennent les domaines temporel et spirituel dans la culture maghrébine, nous devrons nous attacher à en saisir toute l'importance, non seulement à travers le texte coranique, mais à travers « l'islamité » qui apparaît comme un des fondements de la personnalité maghrébine.

Enfin, après quelques considérations d'ordre général sur le suicide dans ce contexte particulier, nous serons en mesure de présenter une approche de la dépression dans les Sociétés maghrébines; approche que nous réaliserons d'un point de vue théorique et clinique, en l'étayant et l'illustrant d'observations cliniques.

Réflexion et démarche critique

Il était communément admis dans les milieux psychiatriques et des sciences humaines que le suicide demeure phénomène inconnu dans les sociétés dites traditionnelles. Cette croyance devenait conviction lorsqu'il s'agit de sociétés musulmanes.

Or, depuis quelques années, on assiste à l'apparition de conduites suicidaires, de tentatives de suicide, et même de suicides réussis chez des maghrébins. Déjà le phénomène a fait l'objet d'études proposant certaines hypothèses concernant les populations maghrébines émigrées en France (7-46). Et ceci d'autant plus qu'il a pris une ampleur dramatique au niveau des jeunes de la deuxième génération, ce terme désignant ici les enfants d'immigrés nés dans le pays d'accueil ou arrivés en France au début de leur scolarité.

Les hypothèses le plus souvent formulées sont au nombre de deux: la transplantation d'une part et une sorte de mutation culturelle d'autre part.

— La transplantation rend le sujet plus vulnérable: il a perdu son environnement familial et ses références sociales. Le malaise s'accroît du fait de l'agressivité latente ressentie dans le pays d'accueil; on lui renvoie une image dévalorisée et dévalorisante de la culture du pays d'origine.

— La « mutation culturelle » fait passer le maghrébin d'une société traditionnelle à une société industrielle. En opérant une tentative d'intégration, en réalisant une trouée dans la société

occidentale, il accède dans le même mouvement aux « aspects décadents » de cette nouvelle culture. Cette explication concerne particulièrement les jeunes filles maghrébines dont le pourcentage se révèle exceptionnellement élevé dans le bilan des tentatives de suicide. Elle est également admise pour les sujets masculins, la drogue représentant par ailleurs une autre porte d'accès négatif à la société évoluée.

Ces deux explications, transplantation et mutation culturelle, peuvent à la limite, en partie, et en partie seulement rendre compte de telles conduites. Mais ce ne sont que des explications sociologiques ne tenant aucun compte d'un domaine autrement plus important qui est le domaine psychologique et psychique. Une explication sociologique est inadéquate et sous-estime l'origine psychologique des conduites étudiées.

A ce sujet, nous voudrions signaler — afin de nous y opposer — le fait que toute approche de la pathologie maghrébine — c'est aussi malheureusement l'attitude de certains confrères maghrébins — tente d'expliquer cette pathologie de la vie psychique par une démarche sociologique, voire idéologique.

De tels procédés paraissent séduisants lors de discussions de salon, mais ils se révèlent totalement inefficaces, s'ils ne sont pas carrément dangereux, sur le terrain.

C'est précisément sur ce terrain que nous nous situons nous-même. Au lieu de partir d'un a priori politique ou sociologique, ausi idéologique soit-il, c'est au chevet du patient, à l'écoute de sa souffrance, au niveau de son intimité que l'on ressent la nécessité d'adopter une démarche autre, radicalement opposée.

Les deux hypothèses, transplantation et enculturation, comme causes des désordres psychiques ne résistent pas à une analyse tant soit peu approfondie.

Prenons l'exemple qui nous intéresse, la conduite suicidaire. En toute logique, si l'on se réfère au facteur transplantation, on ne devrait pas trouver de telles conduites dans la société d'origine. Or il n'en est rien. Les tentatives de suicide ne sont pas exceptionnelles, mais choses courantes, du moins dans les grandes villes (22-25-36), et les « victimes » remplissent en permanence les services d'urgence (25). Des services de toxicologie comprenant une assistance psychiatrique ont été créés dans certaines villes. Le fléau touche toutes les classes sociales, il dure et s'amplifie

depuis une vingtaine d'années au moins, et ceci dans tous les pays du Maghreb (3-22-36).

Voyons maintenant la seconde hypothèse : la déculturation et l'enculturation, c'est-à-dire l'aspect proprement culturel du problème. Certains envisagent de mesurer le degré de développement (soit individuel, soit du groupe social) par l'importance et la « qualité » de la déviance en prenant comme modèle de référence les pays dits développés. C'est de cette façon que l'on peut dire que le fléau touchant la jeune fille maghrébine de la deuxième génération est la conséquence de son « évolution » (d'autres diront sa « libération ») (16). Sa conduite déviante est là pour prouver qu'elle s'est hissée jusqu'au niveau de développement de l'adolescente européenne.

C'est clair, on ne cesse de le sous-entendre : de la même façon qu'il existe un sous-développement économique, il existe un sous développement mental, ce dernier allant de pair avec le précédent. Il en serait même la conséquence directe. Dans le même esprit d'analyse, attachons nous à cet autre cliché qui veut que la religion serve de rempart contre le suicide et les dépressions graves. Faut-il rappeler qu'un des textes les plus magistraux sur la mélancolie est l'œuvre d'un médecin arabe — Ishac Ben Omrane (2) — du IX^e^ siècle ? Son traité sur la mélancolie est le fruit de son observation en tant que praticien à Kairouan, alors capitale aghlabite. Nous-mêmes à travers notre pratique, nous avons pu juger de l'inexactitude d'une telle idée. En effet, tous les malades examinés à la suite de tentative de suicide se sont déclarés croyants. Reconnaissons donc que, en ce qui les concerne, la religion musulmane fut inopérante, son rôle dissuasif nul. Ici les propos d'un patient illustrent assez bien la pensée des autres : « Oui, je sais que c'est interdit par la religion mais dans ma situation c'était le seul recours possible. Dans l'au-delà Dieu me comprendra et je suis sûr qu'il sera clément envers moi. »

A l'évidence, ces explications que nous venons d'évoquer ne nous satisfont point. Elles ne nous éclairent en rien sur ce que nous rencontrons dans la clinique quotidienne. Ainsi est-on amené à chercher des explications d'ordre psychologique et individuel (7).

Dans ce but, la démarche logique consiste à utiliser les schémas théoriques familiers de la psychologie, de la psychiatrie

et de la psychanalyse. C'est la voie que nous avons suivie, mes collègues et moi-même.

Or, que se passe-t-il ?

Nous sommes désorientés par l'écart important que nous découvrons entre notre savoir occidental et la clinique. Nous sommes déroutés sur tous les plans: séméiologique pur — par exemple la mélancolie puisqu'elle est au centre de cet article — psychiatrique, psychopathologique, psychanalytique.

La théorie classique « ne colle pas » à ce que présentent les malades. Et pourtant nous ressentons le besoin d'un concept théorique. S'il n'existe pas, faudra-t-il le créer ?

Pour notre part, c'est à partir d'un tel constat, et de ce sentiment de nécessité que notre recherche a commencé. Il est entendu qu'un tel concept ne peut être élaboré d'un seul jet. Il est le fruit d'une réflexion continue, d'une succession d'hypothèses et d'un réajustement permanent de ces hypothèses confrontées à la réalité. Le processus est celui de la théorisation d'une pratique.

C'est une démarche analogue qui nous a conduit à l'élaboration de notre *schéma de la personnalité maghrébine* (27).

Nous allons l'étudier maintenant, et pour faciliter la compréhension de l'exposé, référons nous au schéma ci-contre.

La personnalité maghrébine est constituée par un noyau central entouré d'une écorce plus ou moins épaisse.

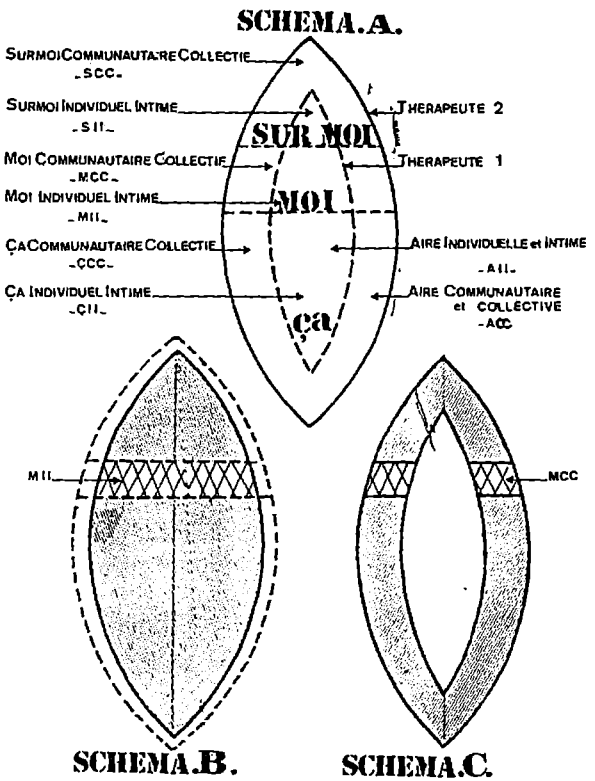
Le noyau représente ce que nous avons appelé *l'aire individuelle intime;* l'écorce, *l'aire communautaire collective.* C'est ainsi qu'il s'ensuit des instances doubles:

le *ça individuel intime,*
le *ça communautaire collectif,*
le *moi individuel intime,*
le *moi communautaire collectif,*
le *sur-moi individuel intime,*
le *sur-moi communautaire collectif.*

La personnalité maghrébine résulte de la combinaison de ces deux aires, celles-ci étant régies de manières différentes voire opposées. L'aire individuelle intime — que nous appelons indifféremment *noyau personnalité* (N.P.) (27) — s'apparente à la personnalité décrite habituellement par les psychanalystes. Sa maturation présuppose un stade phallique et un accès à l'œdipe. Elle

se structure sous le primat de la génitalité œdipienne. C'est le domaine de l'avoir et le lieu de la loi du père. Le surmoi individuel intime est le fruit du complexe d'œdipe. Cette aire relève de la théorie classique de la personnalité. Elle est celle que nous cherchons à cerner et à saisir, précisément par notre savoir occidental.

LA PERSONNALITE MAGHREBINE



Or ce « noyau » n'est pas appréhendable de façon immédiate au cours d'une investigation, il n'est pas exposé au regard du thérapeute. En réalité, il est plus ou moins enfoui et caché, enrobé en fait, par l'aire communautaire collective que nous avons comparée à une écorce.

Notre apport personnel réside en la découverte de cette aire à qui nous attribuons une importance considérable.

Tout accès à l'aire individuelle intime se fait obligatoirement à travers l'aire communautaire collective.

En conséquence, la personnalité maghrébine est le résultat de la combinaison de ces deux aires. Retenons l'aspect particulier et fondamental de cette personnalité, à savoir sa bidimensionnalité. Et ceci n'est pas le propre d'une personnalité morbide, c'est aussi la caractéristique de la personnalité normale. Ces deux dimensions font partie intégrante de l'ensemble de la personnalité. Toute approche de la dite personnalité doit tenir compte de cette bi-dimensionnalité. Car l'on peut très bien « rencontrer » des sujets ne présentant qu'une dimension apparente et l'on serait tenté dans ce cas de réduire la totalité de la personnalité à sa partie visible. En fait, de telles personnalités se caractérisent par l'hypertrophie de l'une des deux aires. L'originalité de notre apport, c'est d'évaluer l'importance et la prééminence de chaque aire. On pourrait même dire, que face à une présentation unidimensionnelle, tout le travail d'investigation consiste à faire émerger la partie invisible, muette, pour ne pas dire inconsciente. Par une telle approche, nombre de symptômes et de conduites aberrantes s'éclairent différemment, des actes incompréhensibles jusque là trouvent leur justification.

Tout symptôme, toute parole, tout discours doivent être interprétés en tenant compte de ces deux aires.

Encore une fois nous insistons sur le fait que ces deux aires sont régies d'une manière fort différente. Elles fonctionnent de façon différente. Leur contenu est différent.

L'aire individuelle intime, par son fonctionnement intrapsychique et son contenu, s'apparente, comme nous l'avons fait remarquer, à la personnalité classiquement décrite en psychologie.

L'aire communautaire collective, se caractérise quant à elle, par la présence d'un inconscient collectif au niveau du ça communautaire collectif, et qui prend source, entre autres, dans le *noyau arabo-islamique* (26). Le Surmoi communautaire et collectif s'apparente aux vestiges d'un complexe d'œdipe précoce tel qu'il a été décrit par Mélanie Klein (41). Il est plus rigide que le surmoi individuel intime, et ceci même pour une personnalité dite normale. L'aire communautaire collective dans sa totalité

est marquée par la relation à la mère. On peut donc rapprocher son fonctionnement de celui des états pré-œdipiens classiques avec persistance, même chez un sujet normal, d'un noyau psychotique.

Il va de soi que toute communication avec le monde extérieur passe par l'aire communautaire et est fonction de l'équilibre interne aux deux aires. Nous insistons également sur l'existence d'une communication interne, donc intra-aires; ceci nous paraît évident au niveau des instances moïque et surmoïque. Mais l'inverse — c'est-à-dire une absence de communication — en est son corollaire possible, d'où conflit intra-aires et intra-instances. Une partie de la pathologie ou du fonctionnement « paranormal » trouve son explication dans ces conflits internes particuliers, chaque instance de chaque aire pouvant entretenir des relations avec toutes les autres instances. Ainsi, par exemple si l'on avance que le surmoi communautaire est en rapport aussi bien avec le moi communautaire qu'avec le moi individuel, certains aspects particuliers de la dépression grave s'expliquent clairement.

Par ailleurs les pulsions sexuelles de vie étant présentes dans ces deux aires, on peut supposer l'existence de deux sexualités, une sexualité individuelle intime et une autre sexualité, sous le contrôle celle-ci du groupe, de la communauté, et que nous appellerons « sexualité communautaire ».

Dans les conduites suicidaires, on retrouve de la même façon deux grandes conduites en rapport avec les deux dimensions, il s'agit d'une part du « suicide communautaire » et d'autre part du suicide individuel.

Mort, suicide, islam, islamité

Avant de traiter la partie clinique et de présenter les observations, le sujet même de cette étude nous impose d'aborder les rapports de l'Islam et du suicide.

Immédiatement après, suivront certaines remarques générales concernant les tentatives de suicide dans le contexte maghrébin.

Presque tous les auteurs sont d'accord à propos de l'interdiction presque absolue du suicide par l'Islam. Toute la littérature psychiatrique que nous avons consultée jusque là fait de ce postulat le fondement de la morale musulmane. Les auteurs

se réfèrent indistinctement au Coran (les versets choisis varient d'ailleurs suivant les auteurs) et à l'authentique tradition musulmane c'est-à-dire le *H'Adith.* Certains, parfois, partent d'une idée enracinée dans l'esprit de tout un chacun: il va de soi que l'Islam interdit le suicide. Cette prohibition apparaît comme un véritable rempart infranchissable par le musulman. Dans la littérature psychiatrique donc, aucun auteur ne met en doute le précepte, et la plupart des travaux, par extension, concluent à l'extrême rareté, voire à l'absence de suicide dans les sociétés musulmanes.

Si le phénomène « suicide » est constaté quelque part et reconnu, il est aussitôt minimisé par l'affirmation qu'il s'agit d'un phénomène on ne peut plus récent, apparu chez des patients dont la croyance est quelque peu émoussée, souvent d'ailleurs par une influence extérieure néfaste.

Face à ce consensus... affirmer le contraire, c'est aller contre le bon sens général, et à certains égards, faire preuve d'hérésie.

Au début de cette réflexion, nous n'étions pas loin nous-même de partager certains points avancés et nous étions en partie acquis à de tels arguments. Le doute est né d'abord de la pratique en pathologie maghrébine des deux côtés de la méditerranée. Au sein de la population envisagée, tentatives de suicide, conduites suicidaires, suicides ne sont pas des cas d'espèce. Au début, nous avons pensé comme d'autres, que de telles conduites étaient spécifiques, si spécificité il y a, de la pathologie maghrébine en état de transplantation. Un regard — même rapide — sur les pays maghrébins d'origine, a suffi à ébranler ce point de vue.

Le suicide serait-il alors un phénomène récent, ce qui laisserait supposer son absence auparavant ? La plupart des auteurs datent le début de ce phénomène aux années soixante-dix ou soixante; le phénomène serait donc apparu après l'indépendance des pays maghrébins. En tout état de cause, nous devons nous attacher à l'idée dominante sur laquelle se fondent toutes les affirmations : *l'interdiction du suicide par l'Islam,* et, sous jacente, l'existence d'une antinomie entre Islam et suicide. Ceci signifie que cette interdiction est absolue et qu'un musulman exclut de sa conduite ce recours ultime. S'il y fait appel, il est exclu de la communauté musulmane, excommunié. Véritable « garde fou », l'islam préserve le moi contre la pulsion de mort. La culture musulmane paraît protéger ses sujets du suicide.

Tous les auteurs concluent dans le même sens. Par exemple, voici ce que soutenait Durkheim (20) : « Rien n'est plus contraire que le suicide à l'esprit général de la civilisation mahométane, car la vertu qui est mise au-dessus de toutes les autres, c'est la soummission absolue à la volonté divine, la résignation sociale qui fait supporter tout avec patience. Acte d'insubordination et de révolte, le suicide ne pouvait donc être regardé que comme un manquement grave au devoir fondamental ».

Affirmation maintes fois renouvelée, qui se trouve quelque peu ébranlée par les faits cliniques. De fait, le suicide et les conduites suicidaires s'inscrivent dans un comportement social et l'on doit les considérer dans leur réalité. Le suicide et les tentatives de suicide occupent aujourd'hui au maghreb une place de choix dans la pathologie mentale.

S'agirait-il de conduites réservées à des sujets athées de la communauté musulmane, qui se soustraient ainsi à cette loi interdictrice ? La réponse est troublante, car la quasi totalité des « suicidants » se déclarent fermement attachés à la religion. Confrontés (par nous) à l'interdiction de l'Islam, ils l'admettent volontiers, mais apparemment ceci ne les a pas empêchés de recourir à un tel acte et ils en éprouvent peu de culpabilité, envisageant même d'y recourir une nouvelle fois. Parfois nous ressentons la présence d'un écart important entre l'interdiction absolue prônée par la communauté et la désinvolture du sujet vis-à-vis de cette interdiction. C'est comme s'il existait deux niveaux diamétralement opposés, le niveau individuel et le niveau communautaire. Et l'on est frappé par le paradoxe que représente cette *faculté de transgression* mise en jeu dans une démarche individuelle, par rapport à cette *interdiction absolue* œuvre d'une prescription collective.

Pour tenter de résoudre cette contradiction, adoptons une démarche classique, attachons nous à retrouver l'origine de cette interdiction absolue. Il va sans dire que le Coran, jusqu'à ce jour, reste le référent. Qu'en est-il au juste du suicide dans le texte coranique ? Une certitude : le mot « *intihâr* » — suicide — n'apparaît pas dans le coran. Nous avons recherché, par ailleurs, auprès d'autorités religieuses la confirmation — éventuellement l'infirmation — de ce fait. Tous sont unanimes, en tant que tel, « *intihâr* » n'existe pas dans le Coran. Alors, d'où viennent ces allégations ? Un fait est incontestable, la présence de plusieurs

versets coraniques traitant de la mort auxquels il est fait référence. Nous allons nous intéresser au plus couramment cité.

Quelques remarques préliminaires :

• Notons d'abord que le mot suicide, *intihâr* est dérivé de « *nahara* » (33), *égorger*. On ne peut s'empêcher de faire référence au sacrifice d'Abraham qui représente l'une des grandes fêtes musulmanes, l'Aïd el Kébir, appelée aussi l'Aïd el idha, la fête du sacrifice. Et à propos du suicide, une ambiguïté plane si on le rapproche de la notion de sacrifice. Car l'on est frappé par l'attitude de certains « suicidants » et surtout par l'interprétation qu'ils donnent de leur acte. On peut saisir en effet une sorte d'accomplissement du désir du père, situant ainsi leur geste dans la volonté divine. En témoignant par là sa soumission à la volonté du père, le sujet met en jeu l'accomplissement du *complexe d'Abraham.*

• Il faut avoir présent à l'esprit la difficulté que représente la traduction du texte coranique : risques d'erreur, d'abus, d'omission, d'où nécessairement une traduction imparfaite.

• Il nous paraît opportun également d'introduire la notion de mort violente (28). En effet, comme nous le verrons, la plupart des versets cités décrivent des situations de mort violente, qu'elle soit sacrifice de soi-même comme la guerre sainte, ou assassinat et vengeance. Il nous semble important, dans l'analyse de ces versets, d'introduire cette notion de mort violente qui peut inclure aussi le suicide. Incitation au suicide, suicide ; incitation au meurtre, meurtre. Le Coran incite les croyants au sacrifice suprême pour défendre la cause juste de l'Islam dans la guerre sainte. C'est ce que Durkheim (20) appelle le suicide altruiste, explicité dans le verset suivant : « Dieu a acheté aux croyants leurs personnes et leurs biens pour leur donner le paradis en échange. Ils combattent dans le chemin de Dieu : ils *tuent* et ils sont *tués*. C'est une promesse faite en toute vérité dans le Tora, l'Evangile et le Coran. Qui donc tient son pacte mieux que Dieu ? Réjouissez vous donc de l'échange que vous avez fait : voilà le bonheur sans limite (verset 111 — sourate IX *l'immunité* » (42). [Pour cette citation et la suivante nous nous référons à la Traduction de Denise Masson « Essai d'Interprétation du Coran Inimitable », revue par Docteur Sobhi El Saleh, Dar El

Kitab Allubnani, Beyrouth 1977]. La défense de la parole divine est un devoir sacré de tout musulman: il doit aller jusqu'au sacrifice de ses biens et de sa personne, jusqu'à commettre le meurtre. La protection de l'Islam est au-dessus de la vie humaine. D'ailleurs un tel sacrifice n'est pas considéré comme une mort, une disparition, mais plutôt comme un accès rapide et sûr vers le paradis:

« Ne crois surtout pas que ceux qui sont tués dans le chemin de Dieu sont morts. Ils sont vivants ! Ils seront pourvus de bien auprès de leur seigneur » (42).

Ce verset est inscrit sur les tombes des martyrs et de tous ceux qui sont tombés pour une cause jugée juste par la communauté. Car depuis de longs siècles il n'y a pas eu de véritable guerre sainte. La quasi totalité des luttes politiques dans le monde arabo-musulman est assimilée à une guerre sainte. Ceci peut paraître évident en ce qui concerne les luttes de libération où le combat politique est confondu au combat religieux comme ce fût le cas pour la guerre d'Algérie. Il en est de même pour les maquisards afghans aujourd'hui. C'est cette foi, cette conviction (voire par moment ce désir de mort !) qui animent aujourd'hui ceux qui luttent dans leur propre pays contre le régime établi.

La récupération par la politique d'un sentiment religieux (11) frise la folie dans un conflit opposant deux régimes musulmans. C'est le spectacle que nous offre aujourd'hui même cette guerre opposant l'Iran et l'Irak. Des deux côtés du front on enterre les morts en lisant le même verset.

De cette disgression nous dégagerons un point qui nous paraît important, l'extrême intrication du spirituel et du temporel. Dans la culture islamique, la contamination — sinon la confusion — de ces deux registres pèsera lourd dans la présentation dépressive.

Revenons à la notion de mort dans le Coran (28). Nous avons envisagé la mort par héroïsme et abnégation, entrant dans le cadre du suicide altruiste. Abordons maintenant le thème central de ce chapitre, le suicide proprement dit. Nous constatons que certains versets sont interprétés comme une interdiction absolue du suicide et d'autres, inversement, interprétés comme une véritable incitation au suicide.

Une double remarque s'impose à propos de la notion d'inter-

prétation. La première concerne l'interprétation en langue arabe de certains versets. En effet, le texte coranique étant très condensé, certains propos sont interprétés de façons diverses dans les explications du texte sacré qui sont données en arabe. La deuxième remarque se rapporte à la construction même de la langue arabe se prêtant mal parfois à la traduction. Ces deux difficultés s'additionnent dans la traduction du texte coranique au point que le texte français ne reflète que de façon lointaine le texte originaire. Un sentiment d'étrangeté envahit le musulman qui lit le Coran dans une langue étrangère (18). La traduction lui enlève la force de ses paroles et sa beauté linguistique.

Nous allons d'ailleurs nous rendre compte immédiatement des difficultés évoquées en poursuivant notre recherche en ce qui concerne le suicide; prenons un des versets fréquemment cité par les auteurs et envisageons ses différentes traductions. Nous présentons ce verset dans sa transcription phonétique et soulignons le passage en fonction duquel il a pu être conclu à l'interdiction du suicide.

Verset 29 de la sourate IV : *les femmes*. « Ya ayyûha lladîna' âmanu là ta'kulû 'amwâlakum baynakum bilbâtil 'illâ 'an takûna tijâratan taràdin minkum *wa là taqtulû anfusakum* 'inna llâha kana bikum rahîman. »

• En voici la traduction de Denise Masson (42):

« O vous qui croyez ! ne mangez pas inutilement vos biens entre vous, sauf quand il s'agit d'un négoce par consentement mutuel. *Ne vous entre-tuez pas.* Dieu est miséricordieux envers vous. »

• Celle de Muhammed Hamidullah (31):

« O les croyants, n'entre-dévorez pas vos biens à tort mais que ce soit par négoce avec votre consentement mutuel. *Et ne vous tuez pas vous-mêmes.* Dieu en vérité demeure miséricordieux. »

• Ce même verset est traduit par Sadok Mazigh (43) de la façon suivante:

« Croyants ! Abstenez vous de vous emparer mutuellement de vos biens par des procédés malhonnêtes, à moins qu'il s'agisse

de transactions normales. *Ne commettez pas le suicide.* Dieu est si plein de compassion pour vous. »»

En ce qui concerne le passage qui nous intéresse, ces traductions nous proposent trois sens différents :

« Ne vous entre-tuez pas. »
« Ne vous tuez pas vous-mêmes. »
« Ne commettez pas le suicide. »

Cette même phrase a été traduite par Blachère (13) :

« Ne vous tuez pas »

alors que la plus ancienne traduction, celle de Kasimirski (39) (1852) dit :

« Ne vous tuez pas entre vous. »

Ce petit passage illustre parfaitement à lui seul, la difficulté d'une traduction. Ici, en l'occurrence, le sens diffère d'une traduction à l'autre. Remarquons que seul Sadek Mazigh (43) parle nommément de suicide, la position la plus nuancée restant celle de Denise Masson (42) qui parle de « s'entre-tuer ».

Autrement dit, le premier pose l'action au niveau individuel alors que la seconde la situe au niveau communautaire.

Isolons ce passage sur lequel porte la controverse et attachons-nous à le « faire parler »...

« Là taqtulû 'anfusakum. »

Cette phrase, du point de vue grammatical, est une forme négative ; « là » veut dire « non ».

« taqtulû » c'est le verbe « tuer » à la deuxième personne du pluriel, au présent-futur.

« 'anfusakum représente le pluriel de « nefs » qui veut dire à la fois âme, personne, et aussi sexe, donc, individu, auquel est affixé le pronom possessif pluriel « vos ».

En fait, toute la confusion provient de ce mot, à la fois de son interprétation dans la langue d'origine et de sa traduction de l'arabe en français. Replacé dans le contexte du verset dans sa totalité, son sens s'éclaire. Ici, Dieu s'adresse à la communauté musulmane et recommande de ne pas exploiter l'autre, de ne pas s'emparer du bien d'autrui et de procéder à tout échange économique par consentement mutuel. C'est immédiatement

après ces recommandations qu'arrive ce fameux passage qui interdit le meurtre de l'autre au sein de la communauté musulmane.

Il est donc hors de question dans ce contexte d'interpréter ces mots comme une interdiction du suicide. Ce verset s'adresse à la communauté et non à la personne en tant qu'individu. C'est donc bien au niveau collectif qu'il faut l'entendre.

Nous retrouvons dans un autre verset la petite phrase incriminée à la différence près qu'elle se présente à la forme affirmative. « faqtulû 'anfusakum ».

Ici, encore une fois, nous découvrons des sens différents en fonction des différentes traductions auxquelles elle a donné lieu; certains auteurs, notamment y ont vu une incitation au suicide (7).

Ce passage se situe dans le verset 54 de la Sourate II *La vache*. En voici la traduction par Hamidullah (31): « Et quand Moïse dit à son peuple: « O mon peuple, vraiment vous vous êtes manqués à vous-mêmes en adoptant le veau. Repentez-vous à votre créateur puis *donnez vous la mort à vous-mêmes*, ce serait mieux pour vous auprès de votre créateur ». Puis Dieu accueillit votre repentir. »

• Traduction selon Sadok Mazigh (43):

« Moïse dit à son peuple « Vous vous êtes fait du tort à vous-mêmes en adoptant le veau d'or pour Dieu. Revenez à votre créateur et *faites vous tuer les uns par les autres* en expiation de votre crime. Il en sera mieux ainsi pour vous auprès de Dieu. » Mais Dieu vous absolvant revint à vous de sa rigueur car il est l'Absoluteur, le Dieu de miséricorde ! »

• Denise Masson (42) quant à elle le traduit ainsi:

« Moïse dit à son peuple « Ô mon peuple ! vous vous êtes lésés vous-mêmes en préférant le veau. Revenez à votre créateur et *entre-tuez vous*. Ce sera meilleur pour vous auprès de votre créateur ». Il reviendra vers vous; il est en vérité celui qui revient sans cesse vers le pécheur repentant, il est miséricordieux. »

Là encore, nous ne pouvons isoler du contexte ce passage, qui dans la traduction de Hamidullah (31) (« puis donnez vous la mort à vous-mêmes ») pourrait être entendu comme une inci-

tation au suicide, ce qui fut d'ailleurs compris ainsi par certains. Car le verset, dans sa totalité, s'adresse bien à la communauté.

Si l'on compare les traductions de Sadok Mazigh concernant les deux petits phrases, forme négative: « *Ne commettez pas le suicide* » et forme affirmative: « *Faites vous tuer les uns par les autres* », le contre-sens apparaît. Dans la forme négative, l'auteur donne une interprétation individuelle et c'est dans celle-ci qu'apparaît la notion de suicide, alors que dans la forme affirmative, il a bien saisi l'aspect communautaire de l'injonction.

Pour notre part, nous pensons que l'écart constaté entre les interprétations — avec les conséquences qui en découlent sur le plan de l'éthique morale — est dû à la confusion qui s'opère entre les registres individuel et communautaire. Dieu régissant les relations inter-individuelles au sein de la communauté, ne s'adresse pas ici au sujet en tant qu'individu isolé. En fait, Dieu définit une éthique morale de groupe (14). Ceci apparaît de façon manifeste dans cet autre verset par exemple: « Voilà pourquoi nous avons prescrit aux fils d'Israël: celui qui a tué un homme qui lui-même n'a pas tué ou qui n'a pas commis de violence sur la terre, est considéré comme s'il avait tué tous les hommes; et celui qui sauve un seul homme est considéré comme s'il avait sauvé tous les hommes » (verset 32 Sourate V — La table servie) (42). En fait, chaque acte individuel est jugé en fonction de son impact sur le groupe. Est annoncée déjà l'importance que revêtira le groupe dans le fonctionnement individuel. Dès lors, on peut parler du droit de regard du groupe (la communauté) sur chaque individu. Au niveau de la personnalité maghrébine, d'un point de vue topique, c'est le surmoi communautaire qui est le représentant de cette éthique morale communautaire. Nous verrons quelle est son importance dans la dynamique dépressive du maghrébin.

A propos de ces versets, nous avons consulté des muftis qui n'y ont vu ni notion de suicide (verset 29 — Sourate IV) et encore moins une incitation quelconque au suicide (verset 54 — Sourate II). Des ouvrages explicatifs du Coran comme celui de Mohammed Fadhel Ben Achour (32) notamment ou « Kitab attashil li Ouloum attan zil (p. 48 et 138-139) de l'imam Mohamed Ben Ahmed Ben Jozzi Kalbi (38), donnent la même interprétation de ce que nous avons avancé précédemment.

En conclusion, que peut-on retenir du thème suicide et islam ? Nous pouvons affirmer qu'il n'existe pas dans le Coran, d'interdiction formelle concernant le suicide — ni bien sûr d'incitation au suicide. Que le Coran aborde plusieurs fois le thème de la mort violente avec le sens que nous avons défini, précédemment. Car il n'existe nulle part de précepte tel que « tu ne tueras point ». Le Coran admet la mort violente quand elle est justifiée ou méritée. Il est dit : « Ne tuez personne injustement, Dieu vous l'a interdit » (verset 151 — Sourate XVII — Les troupeaux) (42).

« Ceux qui ne tuent pas quelqu'un que Dieu a interdit de tuer sauf pour une juste raison, ceux qui ne se livrent pas à la débauche, celui qui agit autrement rencontre le péché » (verset 68 — Sourate XXV — La loi) (42).

En somme, le meurtre est reconnu comme nécessaire dans certaines situations qui correspondent à la volonté divine. L'interdiction ne porte pas sur le meurtre mais sur l'injustice. Ceci revient à dire qu'une mort méritée doit être donnée.

Si nous nous plaçons dans le système de pensée dépressif-mélancolique, la logique du raisonnement fait que le sujet se considère suffisamment mauvais pour subir une « mort juste ». L'acte suicidaire se présente alors pour le sujet comme un acte expiatoire. Son geste s'inscrit de cette façon dans la volonté divine. Cet abord de la mort dans le Coran est donc un point capital. En fait, s'il n'y a pas d'interdiction formelle du suicide, il est suffisamment exprimé de nombreuses fois que c'est Dieu qui décide en dernier recours de la mort de chacun. En témoignent ces versets suffisamment explicites :

« Nous avons décrété la mort pour vous, personne ne peut nous devancer... » (Verset 60 — Sourate LVI. Celle qui est inéluctable) (42).

« Il n'appartient à personne de mourir si ce n'est avec la permission de Dieu et d'après ce qui est irrévocablement fixé par écrit » (Verset 145 — Sourate III — La famille d'Imran) (42).

L'idée dominante est la soumission totale du sujet musulman à Dieu. C'est cette idée que l'on retrouvera dans la pensée de certains « suicidants ». Au fond d'eux-mêmes ils sont intimement persuadés que Dieu sera clément puisque leur geste se situe dans sa volonté divine et qu'il en découvrira le sens. Cette idée maî-

tresse de la soumission à Dieu est celle là même qui définit l'Islam.

Faisons le point: nous avons ouvert ce chapitre sur l'interdiction absolue du suicide par l'Islam. Nous avons montré que, dans le texte sacré qui reste le référent, cette interdiction n'apparaît pas clairement, en tout cas n'était pas formulée nommément. Par contre, nous trouvons dans les h'adîths (paroles du prophète qui constituent pour le croyant la seconde source de référence après le Coran) certains propos au sujet du suicide. El Boukhari (21) rapporte:

« Qui se jette du haut d'une montagne pour se tuer ira dans le Feu de la Géhenne; il y sera plongé sans cesse et y demeurera éternellement. Celui qui avalera un poison pour se tuer, le gardera dans sa main et l'avalera sans cesse dans le Feu de la Géhenne où il demeurera éternellement. Celui qui se tuera au moyen d'un instrument tranchant, conservera cet instrument dans la main et s'en frappera sans cesse au ventre dans le Feu de la Géhenne où il demeurera éternellement » (21).

« Un homme était atteint d'ulcères et il se tua. Dieu dit: « Mon serviteur m'a devancé pour ce qui est de sa vie. Je lui déclare que le Paradis lui est inaccessible » (21).

« Celui qui se sera étranglé lui-même, continuera à s'étrangler dans le Feu. Celui qui se sera transpercé d'une lance, continuera à s'en transpercer dans le Feu » (21).

Donc si le Coran reste ambigu quant à l'interdiction du suicide, le prophète lui, semble avoir une position claire et condamne cet acte. Ainsi le suicide doit être considéré comme un péché, mais un péché au même titre que d'autres, n'ayant aucun caractère de gravité absolue (48). Les ulémas l'entendent comme tel. Cet acte est banni au même titre que la consommation d'alcool ou de viande de porc, les jeux de hasard, le prélèvement d'un taux d'intérêt ou le faux témoignage. Sur le plan de la juridiction musulmane stricte, il n'existe aucune différence de nature entre ces péchés. Or pour certains, il existe deux catégories de péchés. Ils font une distinction nette entre le « petit péché » et le « grand péché ». Cette conception est ancrée dans les esprits, plus exactement dans l'inconscient collectif. La communauté accorde à certains péchés une « valeur

ajoutée », et celle-ci sera plus opérante, plus signifiante que l'interdiction d'origine. Nous touchons un point capital : l'écart entre les préceptes religieux et les convictions populaires. A propos de certaines questions cet écart est si important qu'il est très difficile à expliquer. La conviction populaire se fait carrément précepte religieux. Ainsi, le Coran interdit de la même manière l'alcool et le porc, c'est-à-dire que ce sont deux péchés identiques. Au niveau de la conviction populaire, autrement dit au niveau du « surmoi communautaire » du maghrébin, boire de l'alcool est considéré comme un petit péché alors que manger du porc est proscrit comme un grand péché. La transgression de l'interdit (24) en ce qui concerne l'alcool, peut s'observer dans la population maghrébine, mais au sein de ces consommateurs d'alcool, une infime minorité outrepasse l'interdit du porc, alors que la plus grande majorité s'interdit de façon absolue de « toucher » au porc (cette attitude prohibitrice pouvant se rencontrer chez des alcooliques invétérés). Nous pouvons multiplier les exemples de cet écart entre la « loi » et sa résonance particulière au niveau des croyants. Ainsi l'on sait que tout musulman est circoncis (5). Et l'on considère comme une règle absolue l'obligation pour tout adulte se convertissant à l'Islam de subir la circoncision. Les pratiques d'excision et d'infibulation pour les filles se perpétuent dans certains pays, pour les mêmes raisons... Or cette obligation ne se trouve nulle part dans le Coran.

« Deux poids, deux mesures », serait-on tenté de dire. La différence est le fruit de *l'Islamité*.

Tous ces exemples montrent en définitive la présence de deux lois :

— l'une, authentiquement religieuse et que nous ne discutons nullement, elle est le domaine des théologiens.

— L'autre qui, en usurpant un titre qui n'est pas le sien, et devenant ainsi loi religieuse à son tour, représente en fait l'intériorisation de valeurs et de normes socioculturelles d'origines diverses.

C'est celle-ci dont nous devons débattre, car dans le fonctionnement quotidien, elle sert souvent de référence et elle inspire l'Islamité du noyau arabo-islamique de la personnalité maghrébine.

En ce sens l'interdiction du suicide se réfère dans une certaine mesure à l'Islam mais son caractère absolu provient en définitive de la communauté.

Remarques

Avant de poursuivre, il nous paraît opportun d'aborder quelques caractéristiques des conduites suicidaires dans les populations maghrébines, que celles-ci aient lieu dans le pays d'origine ou dans un état d'émigration. Nous précisons que nous nous livrons là à une sorte de résumé des remarques faites dans ce domaine dans des travaux antérieurs, que ce soit au Maghreb : Algérie (7, 10, 34, 36, 37, 44), Maroc (15, 22) et Tunisie (3, 4, 19, 25, 27, 29, 30, 35), ou en France (1, 6, 7, 8, 9, 12, 17, 26, 44, 46). Ce sont des constatations qui portent sur un certain nombre de traits, et elles sont souvent avancées dans une optique comparative des conduites, des comportements, des motivations dans les contextes maghrébin et européen-français (47) notamment. Elles concernent certains paramètres tels que l'âge, le sexe, la situation matrimoniale, les moyens utilisés, mais également le contexte psychosociologique, les motivations évoquées et la tentative de suicide dans ses rapports avec la pathologie mentale. La plupart des auteurs s'accordent sur un certain nombre de constatations, les avis pouvant différer, voire s'opposer au niveau de leur interprétation. Pour notre part, nous ne pourrons « trancher » définitivement en ce qui concerne ces interprétations dans la mesure où les constatations elles-mêmes méritent d'être mieux étudiées. Ceci s'explique par le fait que les travaux, les publications, les communications sur ce sujet sont parcellaires, dispersés dans le temps et dans l'espace et ne présentent pas les critères exigés pour une véritable estimation scientifique du problème. Seul, un travail scientifique engageant en même temps des équipes de recherche multidisciplinaires dans les trois pays du Maghreb — auxquelles pourraient se joindre des équipes en Europe s'occupant d'adolescents maghrébins —, patronné par un organisme international tel que l'O.M.S. agissant de concert avec les ministères de la Santé des pays concernés, pourrait apporter une contribution importante. En collectant des renseignements exploitables, une telle expérience serait riche d'enseignement. En effet, l'un des problèmes auquel nous nous

sommes heurté est l'absence de source d'informations valables, fiables. Il s'ensuit une impossibilité d'avancer des chiffres ou des pourcentages définitifs. Si toutefois, il nous arrive d'en citer, c'est dans l'optique de dégager une tendance. C'est dire qu'actuellement, nous devons parler d'impressions plus que de certitudes.

Un travail scientifique comme celui auquel nous faisons allusion permettrait de progresser dans le domaine de la connaissance et de la compréhension psychopathologique de la dépression, et en même temps d'approfondir certains aspects de la personnalité maghrébine.

Lorsque l'on parcourt la littérature existante, un premier élément attire l'attention: c'est le constat d'une «réalité suicidaire ». Pour la plupart des observateurs, cette pathologie et ces conduites sont d'apparition très récente. Certains pensent même que la société arabo-musulmane de façon générale et la société maghrébine en particulier n'ont jamais connu de telles conduites et de telles déviances dans tout leur passé. Donc, phénomène nouveau et récent (22). Nous connaissons, par notre chapitre Islam et suicide, les raisons de ces auteurs. Pour d'autres, et c'est notre point de vue, cette pathologie n'a pas épargné la société maghrébine. Le fait nouveau, c'est l'ampleur du phénomène et sa généralisation.

Une autre constatation concerne l'âge: la conduite suicidaire est le propre du jeune dans les populations maghrébines, dans le pays d'origine, comme en pays d'accueil. Elle peut être considérée comme une conduite déviante typiquement juvénile. Les travaux consultés font ressortir que 80 % environ des suicidants sont âgés de moins de trente ans (7, 25, 46), les tranches d'âge les plus touchées étant quinze - vingt et vingt - vingt-cinq. Cette constatation et ces chiffres mettent en relief le lien qui doit exister entre de telles conduites et la crise d'adolescence. Etant entendu que la plupart des sujets appartenant à la seconde tranche d'âge se caractérisent par une certaine immaturité affective les prédisposant à une prolongation anormale de la période d'adolescence. En outre, pour certains jeunes, comme nous l'avons déjà remarqué l'adolescence est plus « étalée » qu'en occident.

En même temps, il faut signaler l'extrême rareté des tentatives de suicide chez les vieillards, à l'opposé de ce qui se passe

en France. Ceci s'explique d'abord par le statut particulier réservé aux vieillards dans la société maghrébine. Au sein de la communauté familiale, les parents âgés gardent une place privilégiée. Ils sont pris en charge par leur progéniture. Ils continuent à exercer un pouvoir au sein de la vie communautaire. Certains vieillards, abusant de ce privilège se comportent de façon tyrannique et sadique, et certaines communautés familiales vivent sous un véritable régime gérontocratique. D'ailleurs cette gérontocratie est une donnée ancienne et fondamentale qui se perpétua dans la société maghrébine. Faut-il rappeler que la Tunisie a été gouvernée pendant deux siècles et demi par une monarchie dans laquelle le trône revenait au plus âgé du clan ? (26).

(Un lien existe cependant entre vieillesse et tentatives de suicide. Il est dans l'excès d'autoritarisme exercé par les vieux sur les jeunes. Nombre de tentatives de suicide chez les jeunes lui sont imputables. Ce sont par exemple celle de l'adolescent(e) dont les désirs sont contrecarrés en permanence par les grands parents, ou celles de la jeune femme qui supporte mal la tyrannie de sa belle-mère).

Par ailleurs il existe une véritable préparation psychologique au « troisème âge » dans la société maghrébine. Elle est importante et très sérieuse. Cette préparation n'est pas uniquement individuelle, elle engage aussi la communauté. C'est à cette période de la vie que le pèlerinage (cinquième loi de l'Islam) est le plus souvent envisagé et décidé. A propos de cette pratique religieuse, nous voudrions dégager deux aspects. D'une part, ce qui se passe entre le pèlerin et son Dieu : c'est le registre individuel. Tout pèlerin aspire à se laver de toutes ses fautes et de tous ses péchés antérieurs. La réalisation de son désir aura pour conséquence la disparition définitive de tout sentiment d'angoisse et de culpabilité, et permettra en même temps d'assumer une partie de la pulsion de mort ; certains musulmans allant jusqu'à souhaiter la mort lors de l'accomplissement de ce « devoir » religieux.

L'autre « volet » concerne ce que nous avions désigné par Islamité : ce deuxième aspect nous intéresse beaucoup plus dans la mesure où il exprime la dimension communautaire. Toute la communauté participe à l'organisation des manifestations de départ et de retour du pèlerin, mais en outre, elle va réaménager la place qu'il occupe : au retour, il se verra auréolé et vénéré par le groupe.

De la sorte, le vieillard maghrébin ne souffre ni par la solitude ni par l'angoisse de mort comme c'est souvent le cas en occident. Choyé et vénéré par son entourage, confirmé dans sa foi, délivré de l'angoisse et de la culpabilité, il affronte sereinement la mort. Sa place et sa position sont même enviées par le reste de la communauté.

Telles sont les explications que nous pouvons retenir devant l'extrême rareté des conduites suicidaires au cours de la dernière phase de la vie.

Si le passage à l'acte suicidaire reste le « privilège » des adolescents, au sein de ce groupe, ce sont les jeunes filles qui sont les plus touchées. Les chiffres varient quelque peu d'un auteur à l'autre, mais globalement on peut estimer à trois les tentatives de suicide chez les filles pour une chez les garçons. Donc 3/4 de filles pour 1/4 de garçons. La proportion de filles hospitalisées en milieu psychiatrique à la suite de tentatives de suicide est encore plus importante. La même remarque s'applique aux adolescents de la deuxième génération ; la tentative de suicide est là pour visualiser la souffrance du sujet. Dans le cas précisément de la jeune fille, il s'agit de la souffrance du moi individuel qui se trouve en conflit avec le monde extérieur mais aussi avec le surmoi communautaire et le moi communautaire. Il y a à la fois conflit au sein de l'instance moïque et conflit entre l'aire individuelle intime et l'aire communautaire collective. Nous aurons à revenir plus loin sur cet aspect.

En ce qui concerne les motivations des tentatives de suicide, la quasi totalité de ces passages à l'acte se situent dans un contexte conflictuel. Les conflits avec les ascendants, la fratrie, les parents, le conjoint, sont invoqués. Les conflits familiaux représenteraient 40 % environ et les conflits conjugaux 20 %, les conflits professionnels prenant la troisième place. Ces conflits familiaux indiquent l'extrême importance qu'accorde le « suicidant » à son environnement humain. Ils signent aussi sa dépendance même si le sujet paraît revendiquer son autonomie. D'ailleurs dans ce dernier cas, le passage à l'acte suicidaire signifie l'échec d'une telle démarche. Nous verrons ainsi, qu'au-delà du conflit manifeste, il faut cerner le conflit psychique ayant ses racines dans l'histoire infantile et qui est réactivé pendant l'adolescence. Un nombre appréciable de tentatives de suicide sont le fait d'adolescentes en conflit avec leur environnement sur des questions de

mariage notamment. Les attitudes, les actes, les comportements au cours de cette période et lors de ces conflits montrent l'intrication existant entre la pulsion de vie et la pulsion de mort.

Notons également l'existence de tentatives de suicide chez les jeunes filles à la suite de la perte de leur virginité. Le mobile est souvent la terreur que leur inspire la communauté.

Ce dernier paragraphe abordera les moyens utilisés le plus souvent dans les tentatives de suicide chez le maghrébin. Ce qui semble être spécifique aux « suicides maghrébins » c'est l'utilisation de toxiques comme les insecticides — le parathion notamment — les raticides, différents caustiques, l'eau de javel. On remarque l'absence quasi totale du recours au gaz en dépit de la généralisation de ce dernier pour l'usage domestique. De plus en plus, il est fait appel aux médicaments, les tranquillisants en premier lieu.

Schématiquement, on peut répartir les moyens utilisés de la façon suivante :

- les médicaments de toutes sortes représentent un peu moins de la moitié de l'ensemble des moyens,
- les raticides et les insecticides: un peu plus du tiers,
- les caustiques et eau de javel: un peu plus du sixième.

Les insecticides et raticides entraînent d'une part, des comas (plus de la moitié) et d'autre part des troubles neurologiques et des intoxications graves. L'eau de javel et les caustiques sont responsables de séquelles graves: brûlures au niveau du tube digestif, œsophage essentiellement.

Approche théorique et clinique de la dépression dans les sociétés maghrébines. Une nouvelle entité : la dépression communautaire

Encore aujourd'hui, traiter du suicide — et des conduites suicidaires — dans le maghreb et par extension dans le monde arabo-musulman, paraît sans objet aux yeux de beaucoup, jusque dans le milieu médical. L'idée dominante reste que le suicide est proscrit par le Coran, donc le problème ne se pose pas. Et dès lors, les tentatives de suicide seront jugées péjorativement: du chantage de jeunes gâtés pour les uns, chantage hystérique pour le corps médical, conduite de décadence diront nos moralisateurs, celle d'une jeunesse non éprise des valeurs et de

l'éthique musulmane et sous l'influence néfaste d'un occident décadent...

Mais le suicide existe, il faut se rendre à l'évidence: les services d'urgence des hôpitaux en témoignent. Donc, au niveau des faits, c'est incontestable. S'il y a contestation possible, c'est au niveau de l'explication du phénomène.

Rappelons tout d'abord que nulle part dans le Coran on ne trouve explicitement le mot suicide. Plusieurs versets traitant de la mort et de son moment parlent de décision divine que nul ne peut devancer, l'interprétation de ces lignes étant elle-même controversée comme nous l'avons déjà exposé. Nous pensons pour notre part que ces versets sont suffisamment ambigus pour qu'ils permettent à chacun d'y projeter sa propre interprétation. C'est notamment pour cette raison qu'il peut y avoir véritablement conflit entre l'individu et la communauté. Car nous avons montré que la communauté condamnait le suicide au nom de l'Islam. Mais nous avons dit également que presque tous les suicidants se déclaraient croyants et même parfois pratiquants. Soit que le sujet reconnaisse avoir péché par cet acte mais il croit à la clémence de Dieu. Soit qu'il pense que son geste était déjà inscrit dans la volonté divine, interprétant dans ce sens le fameux verset : « il n'est en personne de mourir que par la permission de Dieu. »

Au niveau de la communauté — et par là, de la société toute entière — on a le net sentiment que le suicide est ressenti comme une agression envers la collectivité. C'est son existence qui est menacée par un tel acte; parce qu'il est vécu comme une forme suprême d'égoïsme en tant qu'acte individuel. Aussi, sans aucun doute, le Coran est brandi, tel un bouclier, pour parer au danger. Sa démarche est la suivante: on ne doit pas se suicider car c'est interdit par le Coran. Le suicide est assimilé au meurtre par la communauté. Et comme tel, il est condamnable et condamné. C'est le meurtre de l'un de ses membres constituants, sa condamnation est dans la logique communautaire. L'instinct de conservation de la communauté est en jeu. Le suicide de l'un de ses membres est ressenti comme une remise en cause difficilement acceptable. En effet, de la même façon que la communauté a un droit de regard sur la sexualité de ses membres, elle se préoccupe de leur mort. Vie et mort sont du domaine communautaire. Sans aller jusqu'à affirmer que la communauté

a un véritable droit de regard, on peut légitimement soutenir qu'elle se sent concernée et interpellée par la mort de chacun de ses membres. Cette interpellation devient accusation — remise en cause — lorsqu'il s'agit d'une conduite suicidaire c'est-à-dire un acte personnel et individuel dans un domaine — la mort — qui concerne aussi la communauté.

Ces rapports sujet-communauté, précisément, dans le cadre d'une conduite suicidaire, nous intéresseront particulièrement dans cet article. Il s'agira d'étudier d'une part, les attitudes de la communauté, ses réactions lorsqu'elle est confrontée à une telle démarche (le suicide) et d'autre part, comment le sujet face à la mort se positionne par rapport à sa communauté. Ceci intégrera son comportement face à la pulsion de mort: de quelle manière se vit et se traite cette pulsion au sein de sa personnalité.

Nous nous attacherons particulièrement au vécu du sujet, aux éventuels conflits entre les deux aires et aux différents conflits entre les instances de sa personnalité.

Le suicide et les conduites suicidaires seront abordés sous l'angle communautaire c'est-à-dire en mettant en relief l'aire communautaire et collective de la personnalité.

Dans ce travail, nous n'avons pas l'intention de nous astreindre à une étude exhaustive des conduites suicidaires chez le maghrébin. Nous désirons dégager quelques tableaux assez originaux présentant l'aspect particulier d'être en relation avec la bi-dimensionnalité de la personnalité maghrébine.

Ces tableaux ne représentent pas la totalité des conduites suicidaires. Il est probable que la société magrébine n'en a pas l'exclusivité car on peut les rencontrer dans d'autres sociétés, dans d'autres cultures. Cependant, ils sont suffisamment fréquents pour mériter une telle étude. Par ailleurs, notre schéma théorique qui est en partie le résultat d'observations s'y rapportant, élucide des comportements non explicables autrement.

Nous ne perdons pas de vue donc, qu'en pathologie maghrébine on observe un certain nombre de conduites suicidaires classiques, bien décrites par ailleurs en pathologie psychiatrique. C'est par exemple celle du jeune qui débute une schizophrénie. Ces tableaux classiques ne feront pas partie de notre étude qui vise a aborder essentiellement les conduites suicidaires dans les états dépressifs.

Ces dépressions couvrent une surface assez large et vont

des dépressions légères (névrotiques réactionnelles) aux dépressions graves de type mélancolique.

La dépression est une entité difficilement cernable dans la pratique maghrébine. En effet, elle se présente de façon atypique et polymorphe si l'on se réfère aux descriptions classiques. A ce sujet une remarque s'impose. Autant la schizophrénie nous est familière d'un côté comme de l'autre de la méditerranée, et un schizophrène maghrébin ressemble assez bien à un schizophrène européen — seule la thématique du délire diffère —, autant la dépression déroute, nous laissant assez perplexe: la présentation du malade, l'étude clinique et la relation qui s'instaure avec le thérapeute diffèrent énormément d'une société à l'autre.

En application de cette remarque, l'apport du savoir occidental en ce qui concerne les psychoses schizophréniques, au prix de quelques réajustements, est applicable dans le maghreb. Il suffit en effet d'introduire quelques nuances pour comprendre et traiter les schizophrènes maghrébins; de façon générale, l'étude clinique, l'approche psychopathologique sont les mêmes.

Inversement, pour saisir la dépression dans son contexte culturel magrébin, de simples réajustements sont insuffisants. Deux raisons principalement nous motivent. D'une part nous vivons une époque où le concept de dépression est en pleine révision en occident. Ces dernières années en effet ont vu le dégagement de nouvelles entités comme la dépression masquée de Kielholtz et furent le théâtre de récentes découvertes en psychiatrie biologique. D'autre part, la présentation clinique chez le maghrébin est totalement différente, bâtarde pourrait-on dire. La nosologie classique est inadéquate et inapplicable. Certes nous retrouvons des éléments familiers, mais en même temps co-existent des symptômes d'autres tableaux.

Ce problème de la dépression mériterait une recherche approfondie. Nous sommes arrivés, pour notre part, à y voir un peu plus clair, à la fois par une réflexion théorique en nous appuyant sur notre schéma de la personnalité maghrébine, et par une observation clinique critique à l'écoute du patient. La synthèse de ces deux démarches ouvre en quelque sorte une voie nouvelle dans l'approche de la dépression chez le maghrébin.

D'un point de vue clinique, voyons comment s'appréhende cette dépression. Elle est caractérisée par l'association d'éléments

relevant des trois dimensions: physique, psychique et relationnelle.

Au niveau du corps, la plainte est toujours présente. Elle occupe une place centrale dans le tableau et adopte de façon préférentielle les formes suivantes: insomnie, inappétence, céphalées. L'on est tenté de parler familièrement de « symptôme baladeur » devant la mise en cause de certaines régions du corps en premier l'appareil digestif. Les troubles de l'activité sexuelle sont mis en avant également par le malade.

Dans le domaine psychique, les pulsions en jeu et les symptômes présentés vont donner au tableau cet aspect polymorphe et atypique. On retrouve en permanence un fort sentiment d'infériorité et de dévalorisation, un sentiment de persécution, des idées hypochondriaques associées parfois chez certains à des idées délirantes. On observe également des troubles de l'humeur avec une extrême irritabilité, une intolérance et une instabilité. un fond anxieux colorant tout le tableau.

Enfin, du point de vue relationnel, une ambivalence caractérise le système relationnel du dépressif maghrébin. Une partie importante de ses symptômes est projetée alors même qu'elle demeure alimentée par le monde extérieur. Ses sentiments d'infériorité, son angoisse flottante, ses préoccupations sont en rapport avec sa communauté. C'est une relation assez ambiguë dans laquelle le sujet oscille entre deux positions: persécuté persécuteur, accusateur accusé. Il se présente volontiers comme victime, persécuté par son entourage. L'entourage étant entendu dans un sens assez large qui inclut la famille nucléaire, la famille élargie, le milieu professionnel, et de façon générale l'ensemble de la communauté. Nous voyons là le caractère anonyme de son mauvais objet, de son persécuteur. Ceci est une donnée capitale, spécifique de ce monde relationnel. En pleine dépression, le sujet privilégiera ce mode de relation. Il va en imprégner toute son approche de la réalité extérieure. Et le thérapeute (ou l'institution) sera investi tantôt comme « bon » tantôt comme « mauvais objet » du sujet. Il en est de même des différents organismes sociaux auxquels il aura affaire au cours de sa maladie. Tantôt ils sont investis comme sauveurs, tantôt ils sont vécus comme bourreaux. Le malade se sent accusé par cette communauté — thérapeute, organismes ou famille — et en même temps il réclame que justice lui soit rendue. Ceux qui sont en contact avec lui

pendant cette période, et au tout premier plan, le soignant, peuvent se sentir désorientés par de telles attitudes contradictoires. Nombre d'accidentés du travail présentant un état dépressif réactionnel répondent assez bien à ce profil psychologique et à ce type particulier de relation.

D'après cette description sommaire, ce que nous côtoyons s'éloigne par certains aspects des états dépressifs rencontrés classiquement. Prenons l'exemple de la mélancolie, il est frappant de constater l'extrême rareté de ce tableau dans le cadre de la pathologie magrébine (19, 27). N'en concluons pas de façon hâtive que la dépression grave n'existe pas chez le maghrébin. Cliniquement, elle se présente avec l'ensemble ou une partie du cortège de signes décrits précédemment. Deux aspects sont mis particulièrement en relief. En effet, le système relationnel est marqué par le sentiment, voire la certitude de persécution par la communauté (les autres) et un vécu dépressif, déprécié par un profond sentiment d'infériorité.

Ces deux traits furent à l'origine de notre proposition — présentée dans une précédente recherche sur les états dépressifs et la personnalité maghrébine — d'une nouvelle entité, la D.P.I.: *Dépression - Persécution - Infériorité.* Celle-ci était le fruit de l'application du concept théorique de la personnalité maghrébine à la dépression.

Si l'on reprend cette entité, on pourrait croire que le tableau clinique se réduit à deux éléments: la persécution et le complexe d'infériorité. En outre, les sentiments incriminés se jouent essentiellement au niveau de l'aire communautaire. C'est pourquoi il nous paraît plus légitime aujourd'hui de parler de *dépression communautaire.* Cette entité a le mérite d'enlever toute équivoque et s'oppose à la réduction d'un phénomène plus global. Elle a l'avantage de posséder une assise topique et nous permet ainsi de mieux saisir l'aspect dynamique de cette dépression.

Schématiquement, on peut dire que, en fonction du développement psycho-affectif du sujet, la dépression se joue dans l'un ou l'autre registre de la personnalité. Soit qu'elle adopte le modèle mélancolique, en ce cas cela signifie que l'aire communautaire collective est assez réduite et qu'elle est supplantée par l'aire individuelle intime; soit qu'elle se dessine suivant le modèle de la dépression communautaire, et là au contraire, c'est l'aire individuelle intime qui s'est laissé étouffer.

Dans la nouvelle voie d'approche de la dépression que nous avons définie, ce qui est important, c'est la mise en relief de cette aire communautaire collective et des distorsions qu'elle peut subir par rapport à l'aire individuelle intime.

Reprenons le schéma de la personnalité maghrébine: il apparaît qu'en définitive la dite personnalité fonctionne en privilégiant soit l'une, soit l'autre aire. D'où l'on peut en conclure que l'on aura deux profils psychologiques, le type individuel et le type communautaire. En cas de décompensation sur le mode dépressif, ces deux profils psychologiques vont définir deux types de dépression: l'une se localisant dans l'aire individuelle intime, qui est comparable à la classique mélancolie; l'autre se situant au niveau de l'aire communautaire, c'est la dépression communautaire (schéma B et C).

Le premier type de ces formes dépressives est assez rare. Il correspond à une hypertrophie de l'aire individuelle intime, qui, en raison même de son hypertrophie a été fragilisée; l'aire communautaire, atrophiée elle, est muette au niveau du fonctionnement. La personnalité maghrébine, sous cette forme, se réduit apparemment au noyau personnalité, elle est donc comparable à une personnalité occidentale. Son fonctionnement sur le modèle mélancolique nous est connu. La souffrance est ressentie par le moi individuel. La culpabilité portée par ce moi est le résultat d'un sadisme agi par le surmoi individuel. L'angoisse est ressentie comme telle et s'exprime au travers d'un vécu mélancolique. L'agressivité est retournée contre le moi individuel, ce qui implique une conduite suicidaire et le risque du suicide (introjection du mauvais objet par le moi individuel) (40).

Paradoxalement, c'est l'une des formes que l'on peut appréhender facilement. Le thérapeute peut se positionner de façon classique en T_1. En tout état de cause en effet, même s'il ne tient pas compte de l'aire communautaire collective, le thérapeute, dans sa position T_1 est capable de saisir ce qui se passe et la méconnaissance de l'aire communautaire ne porte pas préjudice au traitement. Forme classique donc, présentation classique, très rare, probablement parce que les personnalités auxquelles elles correspondent sont l'exception. L'aire communautaire collective qui paraît de prime abord inexistante, existe en réalité quelque part. Et l'on doit en tenir compte, car une observation plus précise permet de la découvrir à l'œuvre dans la manipulation du surmoi individuel par le surmoi communautaire.

La dépression communautaire : nous la considérons comme la dépression classique dans la société maghrébine, et c'est de loin la plus fréquente. L'aire communautaire collective est hypertrophiée et la faille narcissique touche électivement cet espace. Le mauvais objet occupe le moi communautaire qui est le centre de la souffrance. Celle-ci est portée par le corps qui se trouve ainsi dans le rôle de réceptacle de la plus grande partie de l'angoisse (45). Donc cette angoisse se manifestera par des équivalents somatiques. Toutes les régions corporelles peuvent être touchées, cependant certaines parties paraissent « privilégiées » pour traduire par un symptôme le message véhiculé par l'angoisse. Ce sont essentiellement l'appareil digestif et la partie supérieure du système nerveux (contenu de la boîte crânienne). Chacune de leurs parties peut fixer sur elle l'angoisse. Et nous aurons d'abord les expressions subjectives du type inappétence et céphalées que l'on retrouve de façon constante dans tous les tableaux dépressifs. Les différents sièges de la souffrance vont être décrits complaisamment par le sujet : nous aurons ainsi toutes les formes de céphalées particulièrement les formes frontales et temporales avec irradiation dans le champ visuel. Au niveau digestif, des troubles fonctionnels variés vont se rencontrer : gastrites, vomissements, éructations, hoquets, constipations, diarrhées, troubles de la fonction hépatique, douleurs localisées sur le trajet du tube digestif, douleurs ulcériformes, coliques, etc. A côté de l'appareil digestif et du système nerveux, tout le reste du corps peut occasionnellement être atteint. Certains malades vont jusqu'à décrire une sorte de mal sournois qui se propage dans tout le corps. C'est ce que nous avons appelé plaisamment le « symptôme baladeur ». La description qu'ils en font suit des voies immuables comme si elles répondaient à une anatomophysiologie d'un corps phantasmé qui ne correspond pas nécessairement à la description médicale et scientifique. Ceci explique la richesse séméiologique que nous rencontrons dans le contexte de la dépression chez le maghrébin. L'éventail des formes est large, allant de la conversion hystérique jusqu'à l'hypochondrie délirante.

D'un point de vue psychique, la dépression communautaire est caractérisée par la complexité relationnelle sujet-communauté. Agressivité, passages à l'acte traduisent en réalité le conflit relationnel entre la partie communautaire et la partie individuelle

de la personnalité. En fait, c'est le moi communautaire qui opère au nom de la totalité de la personnalité. Il se reconnaîtra dans ses objets communautaires internalisés. Les intérêts du moi communautaire ne sont pas ceux du moi individuel et étouffent ces derniers. Les exigences auxquelles est soumis le moi communautaire proviennent essentiellement du surmoi communautaire qui conserve, nous l'avons dit, le caractère archaïque et tyrannique du surmoi précoce. Toute la sévérité de ce surmoi archaïque va s'exercer sur le moi communautaire qui représente le mauvais objet. Ce conflit surmoi communautaire/moi communautaire va se jouer au niveau de la place qu'occupe le sujet au sein de la communauté. Celui-ci essaiera de mettre à l'épreuve les représentants de la communauté, il va rentrer en conflit avec eux, parfois même les agresser.

La richesse de cette dépression, d'un point de vue clinique, réside dans l'ensemble de ces manifestations d'allure conflictuelle et agressive avec l'entourage. On observe différents niveaux qui vont :

— d'une espèce de rumination morbide (interrogations sur la place qu'occupe le sujet, l'intérêt qu'on lui porte, avec en filigrane, l'idée qu'on ne l'aime pas, ce qui implique une sorte de mise à l'épreuve perpétuelle de l'autre) ;

— à un passage à l'acte agressif et destructeur (avec ses conséquences inévitables, conflits familiaux, conjugaux, professionnels) ;

— jusqu'au suicide communautaire où le sujet s'annule quelque part en tant qu'appartenant à la communauté. Ces relations conflictuelles qui occupent le devant de la scène, représentent l'aspect le plus important mais également le plus déroutant de cette forme de dépression. Car d'un point de vue diagnostique, il est évocateur d'autres tableaux psychiatriques comme la psychopathie. En effet, un des leitmotivs de tels sujets est : « je suis énervé, ils m'énervent, je vais leur « casser la gueule »..., « ils », « leur »... représentant tour à tour ou à la fois les parents, les enfants, les proches, les supérieurs ou les collègues de travail. Un degré de plus... et le tableau se complète : ce n'est plus « ils m'énervent »... mais « ils m'en veulent » « ils ne m'aiment pas », « ils me détestent », « ils me sous-estiment ». Le sujet est à la fois victime d'un complot ourdi par les mauvais objets qui le harcè-

lent et le persécutent, et l'accusé d'un procès intenté par l'entourage, dans lequel il doit se justifier aux yeux de ses accusateurs. Il se présente avec le vécu de quelqu'un qui est accablé, traqué et qui ne fait que s'enfoncer par des tentatives maladroites d'autodéfense. Dans sa logique morbide, le patient est victime d'une conspiration de la part de la communauté qui va le « traduire en justice ». Il sait d'avance qu'il perdra son procès et que les autres vont l'excommunier. Ils veulent le diminuer, le réduire à néant, lui signifier son infériorité foncière, bref, lui faire comprendre qu'il est indigne de leur amour. Un patient disait: « Je suis comme un prisonnier ou un délinquant qui est mis à l'épreuve, en vue de la liberté surveillée. Chacun de mes gestes est a priori mauvais. A tout moment, il faut que je prouve mon innocence. La logique de la justice est inversée: c'est à l'accusé d'apporter la preuve de son innocence » (27).

En fonction de cette description, si l'on s'arrête à une analyse superficielle, cela évoque étrangement la logique paranoïaque: les autres, le monde extérieur sont vécus comme des mauvais objets persécuteurs et identifiés comme tels. Certains passages à l'acte hétéroagressifs vis-à-vis des proches — voire même du thérapeute — paraissant confirmer ce diagnostic. Mais les choses ne sont pas aussi clivées que dans la paranoïa (bon/mauvais) puisque le sujet s'identifie lui aussi dans le même mouvement à ce mauvais objet. Il est entraîné lui aussi et parfois même il est le seul. Ceci se répercute et dans son vécu et dans l'approche qu'on a de lui. Nous n'avons pas affaire à quelqu'un de dominateur, sûr de lui, mais plutôt, et c'est en ceci qu'on rejoint la véritable dépression, à quelqu'un qui se déprécie (baisse de l'estime de soi) (23). Au fond, et c'est le point capital, cette hétéroagressivité est en fait une auto-agressivité. Mais la cible n'est pas le moi individuel, c'est le moi communautaire.

On se rappelle que pour bien saisir le phénomène, il faut se situer, dans la perspective du schéma de la personnalité maghrébine, en T_2 (voir schéma de la P.M.). La compréhension des mécanismes est liée à ce changement de position du thérapeute de T_1 en T_2, car dans la première position, il questionne le moi individuel et il n'obtient pas de réponse satisfaisante (en particulier, absence de culpabilité et d'auto-accusation qui sont le propre d'un processus dépressif authentique) (23). Donc, la position du thérapeute en T_2, qui signifie une appréhension de la personnalité

dans sa globalité, dans ses deux dimensions, permet de saisir ce qui se passe, à savoir un conflit d'instances au sein de l'aire communautaire et collective. Le moi communautaire s'identifie au mauvais objet et une partie de la pulsion de mort provenant du ça, va s'exercer au niveau du moi communautaire. Le mécanisme psychique mis en jeu n'est pas la projection — qui est le propre de la paranoïa — mais l'introjection de ce mauvais objet communautaire. Ce qui a été appréhendé dans un premier temps comme hétéro-agressivité est en réalité une auto-agressivité. Les sentiments de dévalorisation, d'infériorité, l'autodépréciation sont là pour nous rappeler le caractère dépressif de la maladie. En somme ces passages à l'acte vis-à-vis du milieu conjugal, familial ou professionnel, cette remise en cause de statut, de rôle, de place, sont des équivalents de tentatives de suicide. Certains iront jusqu'au suicide communautaire, détruisant dans un élan dévastateur leur place au sein de la communauté, acte qui les mettra dans une attitude de dépendance totale et une passivité extrême.

Nous allons aborder maintenant quelques cas cliniques qui ont été choisis afin de mettre en relief le rôle de l'aire communautaire et collective dans la dépression.

Le premier cas correspond à une dépression légère dans laquelle les problèmes relationnels individu-communauté sont au premier plan. Les conflits portent sur la notion de place et de rôle au sein de la communauté. Dans cette observation, la dimension sexuelle communautaire apparaît dans les difficultés liées à son expression.

C'est cette dimension qui sera au centre de notre second cas clinique, celui-ci adoptant dans sa présentation la forme d'une impuissance communautaire.

Enfin, nos deux derniers malades sont atteints de dépression grave. L'un et l'autre présentent deux aspects cliniques de la dépression communautaire.

PREMIÈRE OBSERVATION:

Il s'agit d'un jeune femme, Mabrouka, de vingt sept ans, mariée, trois enfants. Sa mère génitrice s'est suicidée lorsqu'elle avait deux ans. Le père s'est remarié avec la sœur, donc notre patiente a été élevée par sa tante, qu'elle appelle d'ailleurs sa mère. Il y a eu ensuite divorce et remariage du père. La belle-mère (la mâratre) n'aimait pas Mabrouka et cette dernière en a souffert.

Précisons que le texte qui va suivre représente les propos tenus par

la jeune femme en français, qu'il n'y a eu ni traduction ni remaniement dans la forme. (Mabrouka, d'un milieu aisé et cultivé a commencé des études universitaires.)

Voici l'essentiel de l'entretien par lequel Mabrouka se raconte à la première consultation :

« Je mène une vie en contradiction avec ce que je veux. Je suis mariée, j'ai trois gosses ; je les ai eus par besoin affectif. C'est la seule raison de mon mariage avec quelqu'un que je n'aime pas. C'était une planche de salut. J'ai connu l'internat, et à la sortie je voulais respirer alors je me suis mariée... mariée à quelqu'un à problèmes. Il était en France, il vivait maritalement avec une française. Le mariage a eu lieu en quinze jours. Pour ses parents, c'était un moindre mal, une tunisienne plutôt qu'une française. Mais ce que je ne savais pas, c'est qu'il était alcoolique et violent. Il me battait jour et nuit, il m'a rasé le crâne deux fois. C'est quelqu'un de malade je ne lui en veux pas. Il m'a fait quitter mes amies, essentiellement Nafissa. Je faisais des enfants. Il demandait que je l'admire, que je l'adore, que je me sacrifice pour lui, il voulait me posséder. Il croyait que je me laissais faire par amour, en fait c'était par abandon et vide de moi. Il s'arrangeait pour m'enlever tout ce que j'avais, mes amies notamment, surtout Nafissa. Il était jaloux, de son « ombre », de ses frères, etc. Il m'a battue parce que je discutais avec son frère. Et puis ça ne marchait pas physiquement ; je suis frigide. Je suis partie il y a trois mois avec la ferme intention de divorcer. Il avait battu mes enfants, c'est pour cela que je suis partie. Une fois j'ai failli le tuer. Il avait besoin de battre quelqu'un de toute manière. Je suis retournée quand même après deux mois de séparation. Dès mon retour, il a été métamorphosé, transformé, c'était quelqu'un d'autre. Il a commencé à penser à moi parce qu'il me voulait coûte que coûte et maintenant quand je pense à le quitter, j'ai un sentiment de culpabilité ; ce qui m'a surpris, c'est que je me suis attachée à lui. Je me crois obligée de faire semblant de l'aimer. *Maintenant que toutes les portes sont ouvertes, je me sens angoissée, une angoisse permanente. J'ai besoin d'être femme, jusque-là je ne l'ai pas été. J'ai besoin de vivre et si je le fais je condamnerai quatre personnes, le mari et les enfants. Et c'est pour cela que j'ai fait une tentative de suicide.* »

« Samedi, (deux jours avant la consultation, le jour de la tentative de suicide) il est rentré fatigué, comme d'habitude. Je lui ai demandé une séparation de corps, il a refusé. Il fait tout pour me rendre heureuse, c'est ce qui me culpabilise. Dans un moment de désespoir j'ai pris des cachets... C'était pour me suicider, c'est par lâcheté..., j'en ai pris la moitié d'une boîte. Mon fils m'appelait et j'étais complètement indifférente. Puis j'ai revu ma mère et je me suis dit qu'il ne fallait plus refaire ça... »

Lorsqu'on lui demande de trouver une issue à cette situation, d'envisager un projet, tout son désarroi et son ambivalence éclatent : « le divorce ? pas question, je ne peux pas élever seule mes enfants. Pour moi c'est un malade. Maintenant je veux bien lui donner une chance de l'aimer bien ... Je me laisse battre parce que je suis coupable et que c'est un châtiment. Le sentiment qui m'envahit c'est l'angoisse et la solitude. Je ne peux rien faire pour mes enfants. Je ne veux plus rentrer chez moi et c'est un sentiment de culpabilité qui m'envahit. J'agis comme une hystérique, parfois calme, parfois je crie, et je ne cesse de brimer

mes enfants. A longueur de journée mes enfants me manquent et je ne sais quoi faire...

En pensant à cette période où il me malmenait, il me battait où il m'a rasé le crâne, c'est comme si j'étais morte et que je suis ressuscitée... »

Mabrouka rentrera au domicile conjugal quarante huit heures après cette consultation. Quelques jours après, Mabrouka et son mari se disputent, il frappe la bonne (au lieu de la frapper elle) et Mabrouka harcelée par le sentiment imminent de devenir folle, fait une deuxième tentative de suicide. A son retour de l'hôpital, elle va chez sa mère (éducatrice) et demande à celle-ci de lui parler de sa vraie mère pour qui le suicide était un idée fixe. Puis elle consulte pour la seconde fois.

Au troisième entretien, elle fait état d'un projet. Elle veut reprendre ses études afin d'obtenir un diplôme. Dans l'immédiat, elle va retourner chez elle, mais en demandant la séparation de corps. Lorsqu'elle aura un diplôme elle partira avec ses enfants.

Dans un autre entretien, elle nous fera part de ses sentiments de vengeance vis-à-vis de sa belle-mère, de sa marâtre et de son mari. Elle revient aussi sur le problème du suicide : « Ma tante m'a parlé du suicide de ma mère ; je suis croyante mais ça ne me faisait pas peur. Psychologiquement, je n'ai jamais été si proche de la mort, il n'y a que la matière qui reste dans la tombe. C'est une lâcheté peut-être ».

« Ma méfiance des autres est sans limite, je suis mélancolique et sérieuse. Je ne crois plus à aucune communication possible, je n'arrive plus à avoir confiance dans les autres. J'ai essayé de me réaliser dans les autres. J'aimais les autres. J'ai tout le temps été repoussée sauf par mes amies... Ils prennent le jus et jettent le reste ; ils ne veulent même pas reconnaître le jus qui est en moi. C'est un grand sentiment de solitude. Il faudrait que je change, que je sois indépendante affectivement. Il faut que je pense à moi, mais à chaque fois que je pense à moi, je sens un sentiment de culpabilité. Il faudrait que je cesse d'être ce que je suis, et pourtant j'ai peur de la solitude. C'est pour cela que l'idée de suicide me revient.

Je sais que j'ai besoin des autres, de ce qu'ils disent, de ce qu'ils pensent et pourtant je ne veux pas changer pour leur plaire.

Normalement, dans la religion, se supprimer c'est un grand péché. Je suis croyante, pourtant je suis souvent révoltée contre Dieu. Je trouve réellement injuste ce que j'ai eu, même Dieu m'a laissé tomber et c'est ainsi que je pense au suicide. Ça a commencé par les autres et ça a fini par Dieu. L'autre n'a de l'importance que dans la mesure où il me dit ce que je vaux. J'ai besoin de l'autre, je n'ai pas confiance en moi ; je fais tout pour être à la hauteur de l'autre et je ne suis pas à la hauteur, ils me tiennent... Les autres, c'est anonyme... ; aujourd'hui ce sont mes beaux parents mais ce peut être quelqu'un d'autre... Ma belle-mère m'a dit que ce n'était pas important, qu'elle-même n'est pas importante. Je sais qu'on n'a pas la même échelle de valeurs, et pourtant elle est importante... ne serait-ce que par l'influence qu'elle a sur mon mari. »

COMMENTAIRE

Mabrouka nous apporte un témoignage vivant sur ce monde intérieur, théâtre d'une lutte entre les deux aires de la personnalité. Bien entendu, nous ne perdons pas de vue les difficultés

réelles, subjectives, inhérentes à la situation sociale: mari alcoolique, violent, sadique, ni les traumatismes psychologiques de la petite enfance: la mère de Mabrouka s'étant suicidée — dans un tableau franchement mélancolique — alors que celle-ci avait deux ans. Remarquons cependant que le traumatisme représenté par la perte de la mère génitrice a été compensé par la présence de la tante qui s'est substituée à la mère dans son rôle éducateur. Un tel cas n'est pas rare au Maghreb, il illustre d'ailleurs la séparation toujours possible des rôles géniteur et éducateur et souligne l'importance que le groupe attache à la fonction éducative. C'est le clan de la mère qui assure la continuité.

Notre souci, dans cet article, est de dégager l'aire communautaire, de la mettre en relief dans le fonctionnement psychique du maghrébin. Dans le cas présent, d'un bout à l'autre du discours de Mabrouka, le conflit entre l'aire individuelle et l'aire communautaire est présent. Son mariage fut un véritable passage à l'acte (quinze jours se sont écoulés de la « présentation » jusqu'au mariage) pensant dans son for intérieur résoudre des problèmes qui se jouaient déjà entre les deux registres. Adolescente, et en conflit avec son environnement, elle pensait apaiser ses tensions internes et neutraliser son angoisse par le mariage, mariage était synonyme de liberté d'autant plus qu'il l'amenait en France à l'université. La réalité lui fut amère, cependant il semble qu'elle ait supporté pendant presque dix ans des conditions psychologiques infernales. Sa seule réaction fut son départ du domicile conjugal cette dernière année lorsque son mari a battu ses enfants. Cette séparation (deux mois) marque un tournant décisif dans les relations du couple: lorsqu'elle revient, son mari est totalement « transformé », « métamorphosé »... Et lorsqu'elle a enfin cette occasion tant espérée de s'épanouir sur le plan individuel, tout bascule. « Maintenant que toutes les portes sont ouvertes, je me sens *angoissée* ». Cette angoisse paradoxale est en fait le signe de la tension entre le moi individuel et l'aire communautaire. En dépit de cette libération des contraintes extérieures, elle reste ligotée par les exigences du monde intérieur. En fait, c'est le poids de la réalité extérieure qui a différé la prise de conscience d'une aliénation du moi. Dans le cas précis, le conflit se situe entre le moi individuel et le surmoi communautaire collectif. Dans son système, lorsque Mabrouka a réalisé que tenir compte de son aire individuelle signifiait « condamner quatre personnes »,

elle ne l'a pas supporté, son aire communautaire ne l'a pas accepté. « Il faut que je pense à moi mais à chaque fois que je pense à moi, je sens un sentiment de culpabilité ». Poussée à l'extrême, cette logique morbide aboutit à cette déclaration : « J'ai besoin de vivre... c'est pour cela que j'ai fait une tentative de suicide. » Nous sommes ici en présence de ce paradoxe : la pulsion de mort au service de la pulsion de vie.

Etre femme et se le dire à soi-même est, dans le cas présent, source d'angoisse et de culpabilité. Une analyse superficielle pourrait nous laisser penser que la personnalité de Mabrouka privilégie l'aire individuelle intime. Cette problématique — vivre, être femme, s'affirmer dans son individualité — est une revendication de l'aire individuelle. Une analyse plus rigoureuse fait apparaître que la dite aire est en réalité inféodée à l'aire communautaire collective. Le moi individuel, lieu de la souffrance, est persécuté par les mauvais objets internalisés au sein de l'aire communautaire : « Ma méfiance des autres est sans limite, je n'arrive plus à avoir confiance dans les autres... J'ai essayé de me réaliser dans les autres, j'aimais les autres... » Co-existent ici l'ambivalence et l'extrême dépendance du moi individuel par rapport à l'aire communautaire collective. « Je sais que j'ai besoin des autres, de ce qu'ils disent, de ce qu'ils pensent... J'ai besoin de l'autre... Je fais tout pour être à la hauteur de l'autre et je ne suis pas à la hauteur, ils me tiennent... Les autres, c'est anonyme. »

La faiblesse du moi communautaire — insuffisamment bien investi et habité par de bons objets — fait que toute la sévérité et le sadisme du surmoi communautaire (héritier du surmoi précoce) se déverse sur le moi individuel. Comme si, dans un fonctionnement harmonieux le moi communautaire servait de digue supportant — repoussant — les assauts du surmoi communautaire afin d'en préserver le moi individuel.

Dans le cas de Mabrouka, durant toutes les années de soumission, d'écrasement et de passivité extrême, subissant le sadisme de son mari, ce dernier s'est installé dans son système communautaire défaillant au niveau moïque, afin de bénéficier de la force démoniaque de surmoi communautaire.

Un cas clinique comme celui de Mabrouka est exemplaire. En effet nous pouvons observer de façon concrète la reproduction — projection — dans l'espace externe (relations avec l'entourage) d'une problématique interne. Le « piège », ici, comme

dans tout cas semblable, réside dans le fait que la copie recouvre et cache l'original. C'est le rôle du thérapeute de la soulever.

Cette première observation concerne une jeune femme et d'un point de vue général, on sait que l'approche psychologique de la femme maghrébine est trop fortement soumise au contexte social. La dimension socio-culturelle par son cortège d'exigences, de contraintes et de coercition masque le plus souvent la réalité psychologique. Mabrouka nous a éclairé en partie sur le fonctionnement interne dans ses rapports avec l'extérieur.

On peut supposer que le poids de la communauté est plus écrasant au regard de la psychologie féminine qu'en ce qui concerne l'homme. Pour sa part, peut-il y échapper ?

Notre seconde observation, Hamed, nous prouve qu'il n'en est rien.

SECONDE OBSERVATION:

Il s'agit d'un jeune homme de trente ans qui consulte après une tentative de suicide (prise médicamenteuse) le lendemain de la mort de sa mère. Il est d'abord hospitalisé à la suite de son intoxication et c'est de lui-même qu'il vient ensuite consulter.

Il est le troisième d'une famille de 12 enfants et l'aîné des garçons. Il eut une enfance difficile marquée par la pauvreté. Il est le seul de sa fratrie qui ait « émergé », socialement parlant. Il a fait des études, commença comme adjoint technique, puis, par une formation continue, devint ingénieur. Ses études réussies en Tunisie et à l'étranger ont représenté une véritable sublimation pour compenser l'écart social de sa famille. Dans le monde du travail, il se fait vite une situation, il achète une maison de deux étages — alors qu'il a passé toute son enfance et son adolescence dans deux pièces — il achète une voiture.

Depuis déjà bien avant la fin de ses études, sa mère et ses sœurs aînées l'incitent au mariage. Et durant ces années il développera une véritable conduite d'évitement, objectant à ce projet une formation à l'étranger, un perfectionnement, puis le conditionnant à l'achat d'une maison, de meubles, et enfin d'une voiture.

Un jour, à la suite d'un conflit au travail, il se « saoûle » — deux bières ! — puis va voir une prostituée. Or il ne peut avoir d'érection. C'est la panique et le début du doute : à partir de ce moment une idée fixe l'envahit. Pourtant ce fut un échec sans lendemain, il a pu avoir des relations sexuelles normales par la suite avec plusieurs partenaires, et même une fois après avoir pris deux bières. Mais il est hanté par l'idée d'*impuissance*. En fait cette idée est circonscrite à une situation bien précise, sa future impuissance le soir des noces, plus exactement son impuissance à défloreur. Un phantasme l'habite : il se voit la nuit des noces, incapable de satisfaire sa partenaire... et à la sortie de la chambre, la honte pour lui, pour sa famille et même pour sa femme. « Les gens ne vont pas me pardonner cela. Je me vois comme une femme avec une autre femme. »

Cette impuissance, cette incapacité vont le dévaloriser aux yeux du groupe qui ne le considérera plus comme un homme viril.

Ces dernières années, la mère de notre patient est devenue plus pressante ; parallèlement, ses doutes et ses craintes plus importants. Il a fini par se confier à sa mère, mais de façon déguisée, arguant que sa santé (à elle) le préoccupait. Cette dernière lui a fait promettre qu'il ne « végéterait » pas comme célibataire, qu'il se marierait après sa mort.

Après la mort de sa mère, il s'est senti démasqué. Un beau frère, pensant bien faire, lui ayant dit pour le consoler : « la vie continue », il a pensé que toute la famille était au courant de son état et de la promesse faite à sa mère. Et l'on arrive au suicide, qui n'est pas un acte provoqué par le chagrin : « la mort de ma mère en elle-même ne m'a pas touché. J'ai senti comme si j'étais brutalement nu et ce n'était pas beau. Je n'avais aucune virilité, et du coup je n'avais plus de place: Plutôt la mort que ce spectacle ».

Il tente son suicide en absorbant le reste des médicaments de sa mère.

« Je jouais la comédie aux autres quand je me suis réveillé. Tout le monde a cru que j'ai fait ça par chagrin et par désespoir à la suite de la perte de ma mère. En fait ce qui me préoccupait c'était mon sort. Alors j'ai fait croire qu'il s'agit de ça alors qu'en fait c'est mon impuissance, ce mur que je n'arrive pas à défoncer. »

COMMENTAIRE.

Il est clair que pour Hamed, le problème se situe au niveau de l'aire communautaire collective. Sa position dans la constellation familiale — troisième de douze enfants mais aîné des garçons —, son milieu modeste — mais soucieux de promotion sociale — l'ont prédisposé à se développer sous le primat de l'aire communautaire. Sa forte fixation à la mère montre l'importance de cette relation dans le développement de son aire communautaire.

Le problème majeur de ce jeune homme est d'ordre sexuel : il se présente comme un impuissant. Or il ne s'agit pas d'impuissance classique en ce sens que Hamed est capable d'avoir des relations sexuelles normales. Si dans les antécédents, on retrouve un épisode d'impuissance passagère et d'ailleurs assez explicable par le contexte à ce moment (conflit professionnel, ivresse), sa souffrance est liée à une idée obsédante concernant une situation particulière. C'est une angoisse par anticipation, elle est liée à la *défloration*. C'est là précisément qu'apparaît la dimension communautaire.

Dans l'esprit communautaire, la défloration est assimilée à une épreuve initiatique à laquelle sont soumis les deux jeunes, fille comme garçon, en vue d'accéder au statut d'adulte. On a pu penser que cette épreuve ne concernait que la jeune fille dans

la mesure où elle était le symbole de sa pureté et la garantie de l'honneur familial. Cependant le garçon aussi est impliqué, d'une manière différente: il doit apporter le témoignage de la virginité de sa femme, de son honneur (qui conditionne le sien propre) et en outre, faire preuve de sa *virilité*. Cette double exigence peut être source de perturbations psychologiques qui se traduisent par des troubles de la sexualité communautaire. Ces perturbations sont assez fréquentes et peuvent adopter des formes diverses en fonction de ce qui les a provoquées.

En ce qui concerne Hamed, nous sommes en présence de ce que nous pouvons appeler « *impuissance communautaire* ». Que dit-il ? Il craint le regard et surtout le jugement, la condamnation de la communauté. «,Les gens ne vont pas me pardonner cela. Je me vois comme une femme avec une autre femme. » Ce sera la honte pour lui, pour sa famille et même pour sa femme.

Au cours d'un entretien (non rapporté ici) il a évoqué la possibilité de contourner « l'obstacle » qui le terrorise. Il a pensé épouser une veuve ou une divorcée ; il n'aurait plus ainsi à « défoncer ce mur ». Par ailleurs il se dit capable de déflorer une vierge en dehors du contexte de la nuit de noces, loin du regard des autres, c'est-à-dire dans le cadre de sa sexualité intime.

Mais il a repoussé l'idée de prendre une veuve ou une divorcée car dans ce cas, il ne pourra pas, vis-à-vis des autres présenter la preuve de sa virilité. Le problème se situe donc bien au niveau de la pensée qui s'apparente ici à la pensée obsessionnelle. Pour être « satisfait » de lui-même, il doit d'abord être satisfait de l'image de lui qu'il présente aux autres. Tant qu'il n'apportera pas aux autres la preuve de sa virilité, il se sentira impuissant, bien que par ailleurs, il sache qu'il ne l'est pas. On comprend dès lors que, sommé de prouver sa virilité après la mort de sa mère, angoissé par la certitude de l'échec, acculé, ne pouvant reculer, il n'a d'autre issue que le suicide: « J'ai senti comme si j'étais brutalement nu et ce n'était pas beau. Plutôt la mort que ce spectacle. »

C'est par un fonctionnement morbide comme celui-ci que l'on prend conscience de l'importance et du poids de l'aire communautaire, plus particulièrement de la sévérité du surmoi communautaire collectif. Il nous fournit une genèse des sentiments de dévalorisation, d'infériorité — plus ici d'impuissance — spécifiques de la dépression communautaire.

Lorsqu'on reprend l'histoire de Hamed au début, ce qui peut paraître une conduite réfléchie, responsable, mature — spécialement d'un point de vue occidental (subordonner le mariage et la création d'un foyer à l'assise d'une situation professionnelle et à l'acquisition d'un certain confort matériel: maison, voiture, etc.) — représente en fait une démarche inconsciente ayant pour but de prolonger sa période de latence; c'est une conduite de mise en veilleuse de sa sexualité communautaire.

L'épisode des deux bières est le révélateur de son véritable drame ; à partir de ce moment, les conduites d'évitement deviennent conscientes et volontaires. Il utilise sa mère et la maladie de celle-ci afin de se préserver de la communauté. Après la mort de sa mère, il s'est senti démasqué: « Je n'avais aucune virilité, *du coup je n'avais plus de place* ». Ce sont ses propres paroles et elles sont symboliques: sa place dans la communauté était celle que lui donnait sa mère. Pour conserver une place au sein du groupe il doit changer de statut, il doit franchir ce « mur »... Il n'est plus fils de sa mère, il doit acquérir sa place au sein des adultes par le mariage.

Cette inéluctabilité nous renvoie à la dimension matriarcale de la société maghrébine et à la loi de la mère.

Les *deux observations* qui vont suivre illustrent deux formes très différentes mais typiques de la dépression communautaire. Nous ne nous attarderons pas longtemps sur le premier de ces cas; en effet, le texte même de l'observation parle suffisamment à lui seul: il met en relief les plaintes corporelles qui représentent ici l'essentiel du tableau clinique.

TROISIÈME OBSERVATION.

M^me^ F. Jamila est âgée de quarante-deux ans. Elle fut hospitalisée dans notre service à la suite de deux tentatives de suicide.

D'une famille de cinq enfants, elle est la seule fille et la dernière de la fratrie. A part un frère éventuellement psychopathe, on ne retrouve pas d'antécédent psychiatrique dans la famille. Pas de faits marquants semble-t-il concernant son enfance. Mariée à dix-sept ans, elle a eu cinq enfants dont un est décédé en bas âge. Dans ses antécédents personnels on note une hémorragie à la suite de son troisième accouchement, l'ablation de la thyroïde il y a maintenant dix-sept ans, des hémorroïdes depuis six ans.

La malade se présente fatiguée, abattue, le visage douloureux, le front contracté, les gestes rares. Toute sa plainte est axée sur le corps, et elle a la conviction de ne plus guérir. Elle fait remonter à environ cinq mois le début des troubles qui l'ont amenée à consulter plusieurs

médecins et spécialistes. D'abord une asthénie progressive, des céphalées diffuses puis de plus en plus intenses, des douleurs précordiales, des vomissements bilieux et alimentaires. Il y a un mois environ, les troubles se sont accentués, son humeur s'est dégradée : désintérêt progressif pour sa vie quotidienne, ne s'occupe plus de sa maison, sentiment d'insécurité et certitude de ne pas guérir, des troubles du sommeil importants. N'ayant constaté aucune amélioration à la suite des traitements — essentiellement pour les céphalées — elle tente, par deux fois de se jeter sous un train.

Ecoutons Jamila parler de ses troubles :

« Le matin mes crachats sont verdâtres (c'est récent). J'ai des vomissements incoercibles (elle a subi un examen radiologique qui s'est révélé normal) je sens mes intestins gargouiller, j'ai des douleurs dans tout le ventre. J'ai voulu faire des analyses et des radios sur le foie et la vésicule parce que je vomis vert et ceci est dû à une atteinte du foie ou de la vésicule. Ces jours-ci je me sens fatiguée. J'ai des brûlures au niveau de la plante des pieds et je ferai mieux de ne plus marcher. La nourriture me pose des problèmes. Je ne prends qu'un peu de lait et de bouillon, je n'arrive pas à manger notre cuisine traditionnelle car c'est trop piquant. J'ai eu un goître qui a été opéré et depuis ce temps j'ai des troubles de règles, elles sont irrégulières, les pertes sont rouges pendant deux jours, puis blanches pendant deux autres jours. Quand j'ai accouché de ma première fille, j'ai perdu beaucoup de sang, cela a asséché mon corps, surtout à la moitié supérieure de mon torse. Je ne pouvais même pas allaiter car j'étais sèche. *C'est à ce moment qu'ont débuté mes céphalées,* je faisais des frictions à l'alcool mais sans résultat.

La couleur de mes doigts n'est pas normale, surtout depuis trois mois : l'extrémité est foncée, la partie supérieure est presque bleue, et entre les deux ça reste jaunâtre. C'est dû à la mauvaise circulation. Quand je me baigne dans l'eau froide mes veines deviennent bleues et même noirâtres, je ne supporte même plus l'eau chaude. Les veines du cou battent beaucoup, elles me font mal, surtout celle de gauche: c'est par elle que le mal parvient au cerveau en partant du cœur. Parfois elle devient bleue noirâtre, c'est le sang qui coagule dans le cœur, remonte au cou, puis à la tête et qui entraîne les céphalées. Mes urines sont jaunâtres et parfois verdâtres. J'ai consulté plusieurs médecins mais je ne prends pas le traitement qu'ils me donnent, car ils me considèrent de loin « comme une armoire », ils ne me touchent même pas, ils regardent les radios de loin et ils me prescrivent des médicaments qui n'auront pas d'effet sur moi, alors je ne les prends pas. Il n'y a qu'un seul médecin en qui j'ai confiance, c'est celui qui a opéré mon goître. Un vieux m'a conseillé de ne plus prendre de somnifères car ils ont une action sur le cœur, et comme je suis cardiaque cela n'arrangerait pas les choses, alors je les refuse systématiquement. »

M^me^ Jamila a également consulté plusieurs fois en gynécologie depuis sa dernière grossesse et il y a dix-sept ans : « J'ai fait un curetage à l'alcool et c'est ce qui m'a causé le plus d'ennui. J'ai perdu beaucoup de sang dans ces curetages et ces grossesses et je garde encore du sang coagulé dans le ventre. »

Notons, pour conclure sur ce cas, que au cours de son séjour dans notre service, tous les examens concernant des organes, supports de ses plaintes ont été faits (E.E.G.-E.C.G.-gynéco-bilans, sanguins et hépatiques, etc.) et qu'ils se sont révélés tous normaux.

COMMENTAIRE

Ces plaintes corporelles apparaissent franchement délirantes et l'adhésion de Jamila à son délire corporel est totale. Tous les organes font l'objet de plaintes. La conception très particulière qu'elle se fait de son corps — d'un point de vue anatomophysiologique — s'exprime dans les constructions rationnelles qu'elle élabore pour expliquer l'origine de sa souffrance (sang coagulé, caillots, etc.). Le fameux « symptôme baladeur » est roi, ayant pris son départ dans les organes génitaux, à la suite de la naissance de sa première fille : hémorragie qui lui a asséché la partie supérieure du corps et qui fut à l'origine des céphalées. Ceci nous rappelle la conception ancienne de « l'utérus migrateur » qui était utilisée dans l'explication de l'hystérie. D'ailleurs, par certains aspects, ses plaintes corporelles s'apparentent au discours de l'hystérique. Elles évoquent surtout le discours hypochondriaque.

Nous remarquons que ce sont les céphalées qui ont ouvert le tableau dépressif; elles étaient plus ou moins latentes et supportables pendant des années, puis se sont brusquement aggravées il y a cinq mois au moment où elle décompense sur un versant dépressif. L'intensité de ces céphalées, leur caractère insupportable n'apparaissent pas nettement dans la description de ce cas. Ce sont pourtant elles qui ont motivé les deux tentatives de suicide. Au cours d'entretiens avec Jamila, nous nous sommes penchés particulièrement sur le contexte de cette conduite suicidaire. Il apparaît qu'avant le passage à l'acte, Jamila n'avait jamais verbalisé d'idées suicidaires, mieux, l'idée ne l'avait jamais effleurée. C'est comme si elle n'avait pas mentalisé sa souffrance, et de ce point de vue s'explique l'absence de douleur morale et de culpabilité. Sa souffrance était plutôt organique, et brusquement, elle a voulu s'en délivrer. Elle a quitté son foyer et a fait cinq kilomètres pour se mettre ensuite sur la voie ferrée. (Le train a pu s'arrêter car il était à faible allure avant d'entrer en gare). Cette conduite-acting se conçoit comme un véritable raptus suicidaire.

D'un point de vue général, ce genre de suicide, véritable raptus, peut se voir dans le cadre de la dépression communautaire. Bien qu'il n'y ait pas de sentiment de culpabilité (comme c'est le cas rapporté ici) à l'opposé du classique tableau mélancolique, et que donc le passage à l'acte suicidaire soit moins

fréquent, on assiste cependant à ces véritables raptus qui sont la conséquence :

- soit de souffrances corporelles intolérables (cas le plus rare),
- soit de l'émergence brutale de la pulsion de mort qui envahit brutalement l'ensemble de la personnalité, et se manifeste au niveau moteur sans médiation mentale possible,
- soit de la défaillance des mécanismes de défense communautaire.

Nous passons maintenant à notre *dernière observation*. De celles présentées, c'est la plus grave. C'est un bon exemple de dépression communautaire. Elle met en scène un homme, de formation universitaire, de grande culture.

QUATRIÈME OBSERVATION.

Tarak est âgé de 44 ans au moment de la consultation. Il a été suivi depuis deux ans pour des troubles psychiques apparus à la suite d'un accident de circulation à l'étranger. Cet accident et ses conséquences — surtout psychiques — ont entraîné plusieurs hospitalisations en Tunisie et en France.

Il nous fut adressé lorsque apparurent chez lui de véritables idées de suicide. A la présentation, effectivement, il s'agit d'un tableau dépressif de type « mélancolique » avec une extrême angoisse, insomnie presque totale, manque d'appétit, inhibition motrice et psychique, idées noires et véritables idées de suicide.

Depuis une semaine, ses pensées, ses ruminations tournent autour de ce qu'il appelle « un suicide réussi et déguisé en mort naturelle ». Il craint plus que tout le blâme de la société et les retombées sur ses enfants et toute sa famille. Techniquement, il lui était facile de réussir un suicide maquillé en mort naturelle. Il préparait son scénario puisque depuis quelque temps il a laissé entendre à son entourage qu'il est atteint d'une maladie cardiaque grave et que ses jours sont comptés. Par ailleurs il peut facilement se procurer des médicaments, sa femme étant pharmacienne, et sa maladie l'a amené à une « curiosité morbide » pour les médicaments, leurs effets, leurs dosages, et surtout les associations contre-indiquées.

Il était hanté par l'idée que l'on doute d'une mort naturelle, soit que l'on soupçonne sa femme pharmacienne de l'avoir assassiné — et ceci d'autant plus qu'elle est bénéficiaire de l'assurance vie —, soit qu'on le soupçonne, lui, d'avoir mis volontairement fin à ses jours. Dans les deux cas, c'est la honte et la réprobation de toute la société à l'égard de ses enfants et sa famille.

En fait, ce qu'il redoute, c'est la « mobilisation » de toute la communauté, de toute la société à la découverte de son acte. C'est dans ce sens que l'on doit comprendre ses paroles : « je n'ai pas peur du bon Dieu, je sais que le suicide est interdit par la religion mais aussi je suis

persuadé qu'il sera clément à mon égard, il tiendra compte de ma souffrance. Mais c'est la société qui sera sévère et intraitable. Et alors ce sera une danse macabre sur mon cadavre ».

En définitive, toute son angoisse est liée à ce que pense la communauté de lui.

Résumons maintenant brièvement l'histoire de Tarak : troisième d'une fratrie de six, son enfance a été marquée par les querelles parentales fréquentes motivées par des problèmes d'argent et par la conduite légère du père. Ce père est sévère et sadique vis-à-vis de sa femme et de ses enfants ; c'est « l'ogre ». Cependant il s'occupe très bien des études de ses enfants. Il est instituteur et aura Tarak pour élève durant toute sa scolarité primaire. Ce dernier fait de brillantes études secondaires et part en France pour entreprendre des études supérieures.

Son histoire psychiatrique commence à l'âge de vingt ans alors qu'il est étudiant en France et prépare un concours. Il reçoit une lettre de son frère lui annonçant un événement ayant « éclaboussé » dramatiquement la famille. Le père, alors directeur d'école dans sa ville natale a été surpris en flagrant délit avec la femme de ménage.

Pour Tarak tout s'effondre. Il sombre dans la dépression, perd le sommeil et l'appétit, éprouve des difficultés de concentration — qu'il payera cher : échec à un concours important pour sa carrière — et surtout s'enlise dans une rumination mentale autour de ce scandale et de ses conséquences incalculables sur l'honneur de la famille. Il consulte alors un psychiatre qui lui prescrit de fortes doses de tofranil (le premier anti-dépresseur encore en cours d'expérimentation) et lui propose une psychothérapie qu'il a suivie jusqu'aux vacances.

Il faut noter également qu'auparavant il souffrait depuis plusieurs années de céphalées psychogènes et d'une angoisse diffuse et qu'il s'est fait soigner par des séances de narcose. Dès lors, il n'a plus qu'une hâte, c'est de rentrer afin d'être solidaire de sa famille. Il traduira de cette façon ses sentiments du moment : « je traîne dans les rues avec le désir de rencontrer mon père ... non pas pour l'accuser ou lui cracher à la figure, mais le soutenir, le protéger, tant il devait être malheureux à la suite du « flagrant délit » ; je le voyais lynché par la foule en furie »... « Mon angoisse était liée au sort réservé à mon père après son forfait, et à l'idée que la honte atteignant ma famille allait rejaillir sur mes sœurs et qu'elles ne trouveraient pas de parti ».

Il est resté dans cet état jusqu'à son retour pour les vacances universitaires. Quel fut son étonnement de constater que la vie continuait comme auparavant ! Aucune des conséquences qu'il redoutait ne s'était produite. Il en fut soulagé, et son rétablissement marque la fin de ce premier épisode.

Mais en fait, il n'est plus le même. Son goût et ses motivations pour les études ont diminué, ce qui ne l'a pas empêché cependant de terminer sa formation d'architecte — bien qu'il n'ait pas réussi ce à quoi il aspirait au début —. Il a gardé deux symptômes, une insomnie et une angoisse, qu'il a traitées pendant une vingtaine d'années par l'alcool et des somnifères.

Pendant tout ce temps, il a fait sa place au soleil, créant un bureau d'études très bien côté. Il était à l'apogée de sa carrière et ses affaires prospéraient. C'est alors que dans ce tableau idyllique, surgit un événement, en fait bénin, mais qui a représenté pour lui le déclic de la rechute. Il reçoit une convocation du fisc la veille d'un départ en vacances —

c'est au cours de ces vacances qu'il aura son accident —. Cette lettre, dont il ne connaît même pas l'objet, va déclencher tout un processus de rumination morbide. Il s'imagine en accusé qui doit rendre des comptes et apporter les preuves d'une bonne gestion. Il est persuadé qu'en dépit de sa bonne foi, des explications et justifications qu'il pourra fournir, il finira par être accusé et que sa culpabilité ne fera aucun doute aux yeux des autres.

L'affaire du fisc s'étant résolue sans dégât, sans redressement fiscal et sans retombées sociales ni morales, son angoisse s'est apaisée pendant quarante-huit heures. Passé ce répit, ses idées morbides et persécutoires sont revenues avec force, se déplaçant sur son bureau d'études. Il pense qu'il va baisser dans l'estime des autres et perdre la place qu'il occupe à leurs yeux parce qu'ils vont s'apercevoir qu'il est devenu un vulgaire commerçant alors que ses études le destinaient à un plus noble rang. Bien que son « affaire » soit florissante, il va être obsédé par l'idée de s'en débarrasser pour ne plus être assimilé à un commerçant, et de ce fait, mal considéré par la société. Ceci va le conduire à vendre réellement son bureau, à de fort mauvaises conditions d'ailleurs. Il pensait être enfin délivré et « guéri ». Il continuait tant bien que mal son travail comme architecte, mais « sans responsabilité ».

Cette vente-braderie lui a apporté la paix pendant une semaine, puis à nouveau l'angoisse est réapparue, plus intense. Le doute l'envahit au niveau de ses propres qualités professionnelles et de son expérience. Il pense que tout acte professionnel peut comporter des erreurs graves, erreurs qui seront connues par tout le monde, et il redoute à nouveau le jugement des autres. Aussi, au moment de la consultation, il n'avait pratiquement plus aucune activité continue, déguisant sa « démission » en voyages ou traitements à l'étranger, nécessités par les suites de son accident.

COMMENTAIRE

Donc ce cas s'est présenté à nous comme une mélancolie avec les classiques idées noires, sentiment de culpabilité et idées de suicide. En réalité, avant d'adopter dans sa présentation cette forme ultime, la maladie a suivi un long cheminement à travers l'aire communautaire collective. Ensuite seulement elle s'est manifestée au niveau de l'aire individuelle intime.

De formation universitaire et d'une bi-appartenance culturelle Tarak possède des capacités de verbaliser ses affects et ses sentiments. Cette observation est riche en éléments relevant du domaine communautaire, en outre, elle montre les liens existant entre les deux aires.

Tarak présente deux épisodes dépressifs avec un intervalle d'une vingtaine d'années. Le début de sa maladie concorde avec la réception de la lettre de son frère, lui révélant le scandale qui a atteint sa famille. L'angoisse qui le submerge alors est liée au sort réservé à sa famille par la société. D'un point de vue

psychodynamique, les membres de sa famille, essentiellement l'élément féminin, représentent les objets internalisés qui habitent son moi communautaire. Et l'angoisse est liée à la perte de ces objets auxquels s'est identifié le moi. Les objets communautaires sont menacés par le sadisme du surmoi communautaire, l'éloignement de Tarak expliquant la force de ses phantasmes. Il les a vus réellement détruits (père lynché par la foule déchaînée, sœurs déshonorées). Ce qui le sauve et met fin à ce premier épisode, c'est l'épreuve de réalité lors de son retour pendant les vacances. La réalité a infirmé ses phantasmes. Le retour parmi les siens a contribué à sa guérison autant que sa psychothérapie et sa chimiothérapie.

Vingt ans après, une seconde lettre, va déclencher tout un processus morbide. Cette fois le persécuteur est bien la société, dans ce qu'elle a de plus anonyme et inhumain, les services du fisc. Une angoisse l'envahit, non plus au sujet des membres de sa famille (ceci viendra ultérieurement et ce sera la famille nucléaire qui sera concernée) mais plutôt au sujet de sa place dans la société. Brutalement il s'est senti dépossédé. Il s'imagine en accusé et que sa culpabilité ne fera aucun doute. Il sera le centre de tous les « potins », chose insupportable pour le moi communautaire. L'accident surviendra dans la semaine, à l'étranger (conduite inconsciente pour ne pas revenir affronter la société ?). L'atteinte corporelle et sa conséquence, l'immobilisation, vont accélérer le processus morbide. Nous percevons ici l'importance du corps et les conséquences psychiques d'une atteinte corporelle chez le maghrébin dans la réactivation de la position dépressive — avec l'angoisse de perte d'objet —. A ce propos, qui ne s'est jamais étonné de constater l'ampleur des dégâts psychologiques chez le travailleur maghrébin après un accident de travail ou de circulation, ou même après un acte chirurgical ? Son angoisse n'est pas uniquement liée à son corps (monnaie d'échange) ou à sa situation en France mais essentiellement à l'idée de perdre la place qu'il occupe parmi les siens dans sa propre communauté; cette place qui n'est plus représentée symboliquement que par le mandat ou le voyage annuel.

Revenons à Tarak et à sa remise en cause communautaire, sans sous-estimer donc, la remise en cause corporelle (accident). En fait, sur le plan de la réalité, le seul élément objectif est cette lettre qui a joué le rôle d'un facteur déclenchant. Tout le proces-

sus dépressif qui a suivi est le fruit de la faille de sa personnalité dans sa dimension communautaire. Il va d'abord s'organiser selon le modèle obsessionnel (ruminations, fixation sur l'acquittement pour ce qui n'est qu'une enquête routinière minime). Mais ces défenses obsessionnelles ne sauront contenir longtemps l'angoisse. Vont se produire dès lors une série de remaniements, de réaménagements qui vont toucher le moi communautaire. Le surmoi communautaire, s'érigeant en « avocat général » va prendre à son compte toutes les exigences fantasmées de la communauté. Tarak va adopter une attitude autopunitive, se détruisant inexorablement dans son rôle et sa place au sein de la communauté. C'est ce que nous appelons *le suicide communautaire*. Une fois cette tâche destructrice achevée, le processus morbide va atteindre le moi individuel, et c'est à ce moment que se manifestent les idées de suicide dans le sens classique du terme.

C'est donc la lettre du fisc qui va être le point de départ de cette « descente aux enfers ». Mais elle-même n'est pas motivée par des contingences extérieures, c'est le résultat de conflits essentiellement entre le surmoi communautaire et le moi communautaire. Brutalement Tarak s'est senti fautif, se voit dénoncé par tout le monde, montré du doigt, la honte atteignant également ses enfants. Il est prêt à payer une amende si amende il y a, même dix fois son prix, à la condition que cela reste secret...

La résolution heureuse de cette affaire entraîne une accalmie, qui ne durera que quarante-huit heures. Puis l'angoisse l'envahit à nouveau et se fixe sur son bureau d'études. Ce qui le hante, c'est le regard des autres, le jugement des autres, cette accusation qui ne fait aucun doute à ses yeux. On assiste à un rétrécissement du moi communautaire : Tarak dès lors veut dégager sa responsabilité de son bureau. *Il ne veut plus se sentir responsable.* Cette démission est un symptôme assez spécifique de ce type de dépression. Trop fortement écrasé par les exigences du surmoi communautaire, envahi par le sentiment d'infériorité vis-à-vis de la communauté, le sujet tente d'échapper aux responsabilités et régresse dans une position de dépendance.

D'une hyperactivité, Tarak va progressivement adopter une attitude extrêmement passive. Sa femme, trop maternante, toujours dévouée et prête à pallier sa défaillance, ne saura pas limiter ce processus.

La renonciation à toute responsabilité, la régression à une

relation extrêmement passive à l'égard de l'entourage, se retrouvent fréquemment dans les dépressions post-traumatiques parfois à la suite d'un accident même bénin. Le sujet est amené à adopter une conduite de démission.

Tarak prendra une série de décisions ayant pour but de se débarrasser de toute responsabilité communautaire. Ces passages à l'acte dont la cible est la place qu'il occupe sont des équivalents de tentatives de suicide. Il entend se supprimer quelque part et supprimer son moi communautaire. Les acting n'apportent aucun soulagement au moi. Ils se font dans un esprit d'auto-dépréciation et surtout baignés d'un sentiment d'infériorité. Il se sent persécuté par la communauté qui a déjà pris sa sanction à son égard ; il va se plier à son désir morbide : supprimer sa dimension communautaire et en même temps se supprimer soi-même. C'est de cette façon qu'il faut considérer le rétrécissement du champ moïque communautaire.

Après la vente du bureau d'études, le sentiment d'autodépréciation va atteindre le sentiment de sa propre valeur professionnelle, et ne s'arrêtera d'ailleurs pas là. C'est le moi individuel intime qui bientôt va être concerné et à ce stade le suicide communautaire ne suffit plus. La rationalisation morbide doit être poussée jusqu'au bout. Les pulsions agressives vont s'acharner sur le moi individuel, mais paradoxalement ce sont les exigences du surmoi communautaire qui vont faire obstacle au passage à l'acte.

Envisageant l'idée du suicide, tous les barrages cèdent, qu'ils soient personnels ou religieux (« Dieu sera clément, il tiendra compte de ma souffrance »). Le seul frein à cette entreprise est précisément la communauté. Sa crainte est liée à ce que l'on va penser de lui. Il ne veut pas se donner en spectacle (« une danse macabre sur mon cadavre »). Toute son activité psychique va être utilisée pour la réalisation de ce suicide réussi et déguisé en mort naturelle. Car la véritable instance interdictrice du suicide est la communauté, une condamnation sans appel plus opérante, plus efficace que la religion. Nous voyons, encore une fois l'importance de la communauté intériorisée dans l'aire communautaire collective dans le fonctionnement psychique du maghrébin. En ce qui concerne Tarak, c'est justement cette instance — source de sa souffrance et de sa douleur jusque-là — qui va l'empêcher de passer à l'acte.

Un point important doit retenir notre attention; à un stade avancé de la dépression communautaire, le malade se pose la question du suicide, et tout son projet est de maquiller son suicide en mort naturelle. Chaque malade aborde cette question à sa manière. Le moyen souvent envisagé est le maquillage en accident. Nombreux malades songent à absorber des somnifères avant de prendre le volant... et attendre l'accident. Un patient nous rapportait ainsi ses projets morbides: « J'attendrai les vacances et je le ferai dans les environs de mon village natal. Les routes sont en mauvais état et après « l'accident » tout le monde pensera au traumatisme crânien. De toutes les façons, le petit hôpital régional n'a pas de laboratoire pour déceler les hypnotiques si éventuellement quelqu'un y pense. »

Un autre malade élabore plusieurs fantasmes à propos de ce « suicide — mort naturelle »: « De façon idéale, je prends mon vélo, je roule à la tombée de la nuit, sous une pluie battante et avec une perfusion de barbituriques... je m'endors, on retire la perfusion..., j'aurai un accident: je tombe tout seul, ou je me fais écraser par une voiture. »

Un autre patient renonce au suicide après le raisonnement suivant : « depuis toujours je me suis fait avoir par la communauté et j'ai perdu tous les combats que j'ai livrés ». Accablé, totalement impuissant, il avoue que, quoi qu'il fasse, quelle que soit son ingéniosité pour maquiller son suicide, la communauté est si « forte » qu'elle aura le dernier mot, elle se rendra compte de la supercherie. Elle sera d'autant plus sévère qu'elle aura la confirmation de sa mauvaise foi.

Dans ces tableaux de dépression, le surmoi communautaire joue un rôle déterminant à tous les niveaux par le sadisme qu'il exerce sur le moi communautaire d'abord, et secondairement, sur le moi individuel, ce moi individuel qui n'est pas suffisamment protégé des pulsions agressives de l'aire communautaire. Par l'intermédiaire de Tarak nous avons pu pénétrer au plus profond de la personnalité maghrébine et saisir dans leur dynamique les conflits d'instances au sein de chaque aire et en même temps les conflits entre les deux aires.

Conclusion

Au cours de cette étude, nous nous sommes attachés à mettre en relief un aspect particulier qui constitue, à notre sens, une donnée fondamentale dans toute approche ayant pour objet les populations maghrébines. Il s'agit de la dimension communautaire. Nous l'avons dégagée et privilégiée dans l'exposé de la personnalité maghrébine: l'aire communautaire étant déterminante dans le développement et le fonctionnement de cette personnalité.

A la réflexion, nous avons dès maintenant la certitude de son importance dans d'autres sphères de civilisations, africaine notamment. Dès lors, on peut se demander si elle n'est pas à l'œuvre dans l'édification de toute personnalité, son impact pouvant varier par la suite à l'âge adulte au niveau de chaque individu. Certaines personnalités se caractérisant alors par le primat — l'exclusivité ? — de l'une des deux dimensions..., doit-on en exclure l'autre ?

La spécificité de la personnalité maghrébine, dans un fonctionnement harmonieux, réside dans le fait que les deux dimensions sont présentes, opérantes au même degré, équivalentes en quelque sorte. Nous avons vu à quel point la dimension communautaire servait de référent, conditionnait des attitudes et des conduites telles que se situer par rapport à la mort. La communauté, premier agent persécuteur de certaines personnalités pathologiques, reste en même temps l'ultime rempart contre le suicide.

Toute notre partie clinique a été élaborée également avec le souci de dégager la composante communautaire. En nous référant au schéma de la personnalité maghrébine, nous avons tenté une approche nouvelle de la dépression dans le Maghreb. C'est ainsi que nous avons défini une entité particulière: la dépression communautaire. Les observations présentées ont permis graduellement de dégager la dimension qui nous intéressait ici. Dans le premier cas, en effet, les facteurs exogènes — sociogènes — pouvaient cacher en première analyse la dimension communautaire. Notre dernier patient, au contraire, nous a permis de mettre en relief les facteurs internes, psychogènes, à l'œuvre dans le processus morbide.

BIBLIOGRAPHIE

1. ALMEIDA Z. — Les perturbations mentales chez les migrants. *Information Psychiatrique*, 1975. Tome 51, n° 3, p. 249-281.
2. AMMAR S. — Un souvenir de la médecine arabe. Maison Tunisienne de l'Edition, Tunis, 1965.
3. AMMAR S. — La suicide, problème de santé publique. *Tunisie Médicale*, 1972, n° 2.
4. AMMAR S. — Epidémiologie des états dépressifs centrée sur la dernière décennie. Congrès Arabe des Sciences Neurologiques, Djerba, avril 1978.
5. ARAR K. — Le rite de la circoncision dans la société musulmane algérienne. C.E.S. de Psychologie Génétique, Lyon, 1972.
6. « AUTREMENT Revue ». — Dossier N° 11, novembre 1977 « Culture Immigrée ».
7. BARBATI A., BERGER P. — Le suicide chez les Maghrébins immigrés, thèse, Lyon, 1978.
8. BENJILALI D. — Contribution à la compréhension de la psychopathologie du migrant Algérien en France. Etude comparative avec la psychopathologie de l'Algérien dans son milieu d'origine. Thèse Paris, 1976.
9. BEN JELLOUN T. — La plus haute des solitudes. Seuil, 1977.
10. BENSMAIL B., BENCHARIF A.K. et BENTARKI H. — Considérations sur l'assistance et la morbidité psychiatrique dans l'Est algérien. *Tunisie Médicale*, Tome 75, n° 6, p. 393-405.
11. BERQUE J. — L'Islam au défi. Gallimard, 1980.
12. BERTHELIER. — Incidence psychopathologique de la transplantation d'une population musulmane. Thèse Lyon, 1966.
13. BLACHÈRE R. — Le Coran. Traduction Librairie Orientale et Américaine G.P., Maison-Neuve, Paris, 1949.
14. BOUSQUET. — L'éthique sexuelle de l'Islam. Maison Neuve, Larose, 1966.
15. BRAYE Y. — T.S. en milieu marocain. Evolution récente. Rôle du passage d'une civilisation agropastorale à l'industrialisation. Thèse, Lyon, 1978.
16. CAILLAUX F. — Les adolescentes entre l'impossible francisation et une Algérienne marginale, dans « Autrement », dossier n° 11, novembre 1977 : « Culture Immigrée ».
17. COLIN M. — La morbidité des Nords-Africains de la métropole. Aspects médico-sociaux. Thèse, Lyon, 1951-1952, N° 82.
18. DJAIT H. — La personnalité et le devenir Arabo-Islamique. Seuil, 1974.
19. DOUKI S., ATTIA S., GHORBAL M., HAFFANI F. — Réflexions sur la thématique de la culpabilité dans les dépressions mélancoliques. XVIII[e] Congrès de l'union des médecins arabes. Tunis, octobre 1979.
20. DURKHEIM E. — Le suicide, P.U.F., 1930
21. EL BOKHARI. — L'authentique tradition msulmane, Fasquelle, 1980.
22. FEILLARD J. — Etude d'un phénomène nouveau en milieu marocain. La conduite suicidaire. Au sujet de 324 cas recueillis au service de réanimation médicale de l'hôpital Averroës de Casablanca. Thèse, Paris, Bichat-Beaujon, 1971.
23. FREUD S. — « Deuil et mélancolie », in Métapsychologie. Gallimard, 1968.
24. FREUD S. — Totem et Tabou. Payot, 1975.
25. FRIKHA M.T. — Tentative de suicide en Tunisie. Réanimation et profil psychiatrique. Thèse Montpellier, 1978.
26. GHORBAL M. — Esquisse de la personnalité maghrébine : à propos de la deuxième génération, Lyon, 1977, Thèse.

27. GHORBAL M. — La personnalité maghrébine : Schéma théorique. Application à la dépression grave. *Psychologie Médicale*, 1980, 12, 4, 855-866.

28. GUERDJOUMA M.S. — Le problème de la mort dans l'Islam. Paris, 3e cycle, 1976.

29. HADDAD N., LISIECKA ADAMSKA H., ENNOUZI M., NACCACHE S. — Suicide et médecine générale. *Tunisie Médicale*, mars-avril 1975, T. 53, n° 2, p. 145.

30. HAFFANI F., ATTIA S., BROUR S., DOUKI S., GHORBAL M. — Contraception et dépression : Approche psychopathologique.

31. HAMIDULLAH. — Le Coran. Club français du livre, 1966.

32. IBN ACHOUR. — Tafsir attahrir wa attanwir.

33. IBN MANZUR. — Lisân al arab al Muhît (dictionnaire linguistique scientifique) Dar Lisân al Arab, Beyrouth, 1970.

34. INFORMATION PSYCHIATRIQUE. — Numéro spécial : La psychiatrie en Algérie. Octobre 1969, volume 45, n° 8, p. 803-924.

35. INFORMATION PSYCHIATRIQUE. — Numéro spécial : La psychiatrie en Tunisie. Septembre 1972, volume 48, n° 7, p. 641-758.

36. KACHA F. — Contribution à l'étude du suicide en milieu urbain : 503 intoxications volontaires en 1969. Thèse Alger, 1971.

37. KACHA F. — Les aspects culturels de la dépression. T. 1 et T. 2. Thèse Alger, 1979.

38. KALBI M. — Kitab Attas'hil li ouloum attanzil — Dar al Kitab Al arabi, Beyrouth, 1973.

39. KASIMIRSKI. — Le Coran, Charpentier libraire éditeur. Paris, 1852.

40. KLEIN M. — Le deuil et ses rapports avec les états dépressifs, dans Essais de psychanalyse. Payot, 1974.

41. KLEIN M. — Les stades précoces du conflit œdipien, dans Essais de psychanalyse, Payot, 1974.

42. MASSON D. — Le Coran — Dar Al Kitab Allubnani, Beyrouth, 1977.

43. MAZIGH S. — Le Coran — Maison Tunisienne de l'Edition, Tunis, 1978.

44. MOUNIER B. — Algérie, Algériens et transplantés. Thèse, Lyon, 1974.

45. RESNIK S. — Personne et psychose. Payot, 1973.

46. ROCHET M. — A propos des tentatives de suicide dans la population maghrébine transplantée. Thèse Saint-Etienne, 1978.

47. VEDRINNE J. — L'intoxication aiguë volontaire. Quelques aspects médico-sociaux d'après 1 000 observations. Thèse, Lyon, 1965.

48. YAHIA O. — Normes et valeurs de l'Islam contemporain. Payot, 1966.

CHAPITRE II

EVALUATION - STATISTIQUE

EPIDEMIOLOGIE-STATISTIQUES

A. PHILIPPE et F. DAVIDSON

L'épidémiologie permet d'étudier l'incidence et la répartition des phénomènes de santé ou de maladie dans la population générale ou des groupes de population. En évaluant et comparant des fréquences, elle met en évidence les facteurs qui influent sur l'apparition, la répartition et l'évolution du phénomène étudié. Son application est donc légitime et nécessaire pour l'étude du suicide, de sa genèse, de sa répétition, dans leur complexité et apporter un complément indispensable à la recherche clinique.

L'épidémiologie *descriptive* du suicide complète avec profit les « statistiques » : elle impose des bases strictes à la définition des populations de référence, aux comparaisons entre des groupes de population, aux calculs de fréquence. Elle est donc indispensable à la connaissance des phénomènes morbides qui ne font pas l'objet d'un recueil statistique systématique, ce qui est le cas des tentatives de suicide.

L'épidémiologie *analytique* (dite également causale) du suicide aura pour objet de mettre en évidence des facteurs de risques ou des facteurs de pronostic, c'est-à-dire les facteurs qui interviennent dans la genèse et l'évolution de l'état pré-suicidaire, du passage à l'acte ou de la récidive. Elle permettra de décrire des sujets ou des groupes à haut risque.

On va, dans ce qui suit, développer plus particulièrement les données fournies par les recherches les plus récentes d'épidémiologie descriptive sur les tentatives de suicide (*) et par les statistiques de mortalité par suicide. Cependant, les recherches d'épidémiologie analytique consacrées aux tentatives de suicide de

(*) Travaux de l'Unité 185.

l'adolescent (*) et déjà publiées par ailleurs, seront très brièvement résumées, le lecteur pouvant se reporter éventuellement aux textes correspondants.

I. — Epidémiologie descriptive du suicide.

Son but va être d'étudier de manière aussi précise que possible, les suicides et les tentatives de suicide, dans une population géographiquement et démographiquement délimitée, à l'aide d'une part des statistiques dites de routine, en l'occurrence l'exploitation des certificats médicaux de décès, d'autre part à l'aide de données statistiques spécialement recueillies dans des conditions scientifiques aussi proches que possible des normes théoriques idéales.

On utilisera donc simultanément :

— les statistiques nationales de décès par suicide ;
— les statistiques de suicide de la zone pilote choisie ;
— les résultats d'une enquête spécialement mise en place dans la zone pilote pour le recensement et l'étude des tentatives de suicide.

Les statistiques de suicide, tant sur le plan national que sur le plan local ou régional, sont établies par l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (U. 164) à partir de l'analyse des certificats médicaux de décès. Des résultats assez détaillés (c'est-à-dire comportant le sexe, l'âge, la profession, etc...) demandent un certain délai et ne sont disponibles qu'avec un recul de deux à trois ans. Ceci est d'ailleurs peu important, une évolution étant extrêmement difficile à affirmer sur les résultats d'une seule année, compte tenu du faible nombre de cas (9 000 environ par an) et de leur répartition dans les tranches d'âge. On utilisera ici les résultats de 1976 à 1978.

La fiabilité de ces statistiques est discutée, en France, en raison de deux causes d'erreur essentielles : d'une part, la dissimulation volontaire du caractère auto-agressif des lésions mortelles, plus ou moins fréquente selon l'âge du sujet concerné, et la situation socio-culturelle ; elle peut être le fait de la famille, du certificateur, ou de l'intéressé lui-même qui a su maquiller

(*) Travaux de l'Unité 185.

son suicide en accident ou mort naturelle. D'autre part, l'incertitude quant à la nature auto-agressive ou non, de la cause du décès, conduisant alors à faire, en toute bonne foi, mention, non de suicide, mais d'une « mort violente de cause indéterminée quant à l'intention », voire d'une mort de cause indéterminée, sans autre précision.

Cependant, en France, l'étude du suicide sur de longues périodes, par âge et sexe, révèle des évolutions cohérentes et régulières, peu compatibles avec les variations désordonnées qu'introduirait inévitablement un taux d'erreur important. Si donc le nombre exact de suicides n'est pas connu, il est tout à fait probable que l'ordre de grandeur du phénomène est d'ores et déjà assez bien mesuré.

Sur le plan international, les mêmes causes d'erreur peuvent entrer en jeu, et d'autres, d'origine légale ou religieuse, intervenir également. Il ne faut pas, non plus, méconnaître les modifications de taux que peuvent introduire des structures démographiques différentes. Les comparaisons que permettent les publications de l'Organisation Mondiale de la Santé devront donc être faites avec prudence : périodes comparables, sujets de même sexe et même tranche d'âge.

La morbidité par suicide, c'est-à-dire les tentatives qui n'ont pas abouti à la mort, ne font l'objet d'aucun enregistrement systématique. Elles ne sont donc connues que par des expériences cliniques ou des études statistiques d'échantillons limités et, le plus souvent, biaisés par des conditions de recrutement particulières (un service spécialisé, la clientèle d'un praticien donné ou un type de tentative de suicide, etc...). Cette situation a justifié la mise en place de véritables structures de recherche d'épidémiologie descriptive, qui ont pu se dérouler grâce à la collaboration entre l'I.N.S.E.R.M. (U. 185) et certains chefs de service hospitalo-universitaires et leurs collaborateurs (notamment à Lyon, Strasbourg et Toulouse). Pour la clarté des résultats, on n'utilisera ici que les résultats des deux enquêtes réalisées en 1973 et 1980 dans l'agglomération lyonnaise. Celle-ci, en effet, peut être considérée comme représentative de l'incidence du suicide dans les grandes agglomérations.

Méthodologie de la recherche.

L'ensemble des tentatives de suicide concernant des sujets de 15 ans et plus, hospitalisés pendant un an dans les services hospitaliers publics et privés de l'agglomération urbaine de Lyon, ont fait l'objet d'une fiche d'enquête portant sur l'acte suicidaire et ses conséquences immédiates, sur les antécédents personnels des individus concernés, ainsi que leur situation présente.

Du 15-12-1979 au 15-12-1980, 2 150 sujets suicidants ont été recensés dont 32 % d'hommes et 68 % de femmes. Les résultats discutés ici porteront seulement sur les tentatives de suicide survenues dans les six premiers mois, soit 1 270 cas (dont 32 % d'hommes et 68 % de femmes).

Il était en effet impossible, compte tenu du délai de remise de ce texte en février 1981, de disposer de résultats concernant le deuxième semestre. Toutefois, il est extrêmement probable que les résultats définitifs ne seront pas modifiés de manière statistiquement significative par les 900 cas supplémentaires, compte tenu de la taille de l'échantillon provisoire. En témoignent en particulier les répartitions par sexe et tranches d'âge, qui ont pu être comptabilisées pour l'année entière et ne se révèlent pas statistiquement différentes de celles du premier semestre.

L'enquête s'est déroulée à Lyon, à l'hôpital E.-Herriot, l'hôpital J.-Courmont, et dans les cliniques privées de l'agglomération urbaine. L'immense majorité des hospitalisations a eu lieu dans les hôpitaux publics. Sous la direction des Professeurs Colin et Védrinne, les enquêteurs, médecins ou psychologues, ont « couvert » la totalité des services hospitaliers.

Les fiches établies à Lyon ont été codées, vérifiées et mises en fichier informatique à l'I.N.S.E.R.M. Des analyses directes, utilisant essentiellement le test de signification statistique du X 2, ont été effectuées (*).

La comparaison entre les résultats de l'enquête de 1973, qui avait recensé 1 594 cas, et celle de 1980, est possible sur un certain nombre de points seulement, car la première enquête était plus légère. Pour être parfaitement valides, les résultats

(*) Dans un stade ultérieur, en vue cette fois d'une recherche plus analytique, des méthodes mathématiques plus complexes, notamment des analyses multivariées ou de classification hiérarchique, seront réalisées. La même méthode avait été utilisée en 1973.

publiés en 1974 ont été revus et éventuellement modifiés légèrement, en fonction du recensement de la population effectué en 1975 (seul le recensement de 1968 était disponible en 1974).

I.1. Les suicides

Le taux de suicide se situe actuellement en France à un niveau moyen si on le compare à celui d'autres pays industrialisés. Le tableau 1 indique la situation pour les années 1975-1977, dernières connues pour une comparaison internationale.

TABLEAU 1

Taux standard internationaux de suicide (1) (1975-77).

(Population de 15 ans et plus)
(Taux pour 100 000)

	Hommes	Femmes
France	32,5	11,6
U.S.A. (2)	26,0	8,9
Autriche	46,5	16,6
Belgique (2)	29,2	13,3
Danemark	40,6	22,2
R.F.A.	37,7	17,5
Pays Bas	16,3	9,5
Norvège	21,1	7,2
Suède	34,7	13,7
Suisse	42,4	16,2
Royaume Uni	12,6	7,4

(1) Source : Statistiques sanitaires mondiales, O.M.S. Taux calculés pour une population standard, c'est-à-dire ayant la même répartition par sexe et âge que celle de la France en 1975.
(2) Années 1974-1976.

La France se situe donc, pour le sexe masculin, au 6e rang, assez loin après l'Autriche, la Suisse, le Danemark, et près de la R.F.A., de la Suède et de la Belgique. Les taux les plus bas sont ceux des Pays-Bas et de la Grande-Bretagne. Parmi les taux féminins, beaucoup moins dispersés, la France se situe au 7e rang. L'incidence du suicide varie donc notablement d'un pays à l'autre, alors que ces pays sont proches en ce qui concerne la mortalité générale. La surmortalité masculine par suicide est constante bien qu'inégale d'un pays à l'autre.

Si on se place à long terme, comme l'a fait J.-C. Chesnais (3), on constate qu'en France il y a diminution globale de l'incidence

du suicide dans le temps. A plus court terme et depuis une dizaine d'années environ, on observe une augmentation limitée des taux de suicide, en France et dans la plupart des pays socialement et économiquement proches.

TABLEAU 2

Taux de suicide par sexe et âge - France.

Comparaison 1968-1978
(Taux pour 100 000)

	Hommes		Femmes	
	1968	1978	1968	1978
15 - 24 ans	8,5	14,1	5,0	5,2
25 - 34 ans	16,3	23,1	6,3	8,3
35 - 44 ans	26,2	29,2	8,1	10,1
45 - 54 ans	38,6	37,2	12,8	13,1
55 - 64 ans	50,2	40,8	15,9	17,4
65 ans et plus	63,9	65,1	18,5	22,5

Comme on le constate sur le tableau 2, l'augmentation des taux de suicide concerne les femmes à tous les âges, et les hommes de moins de 45 ans, groupes qui restent encore actuellement les moins touchés par le suicide.

En valeur relative l'augmentation des taux est très élevé chez les hommes de moins de 25 ans. Cette évolution du taux de suicide en fonction de l'âge et du sexe est à peu près semblable dans les pays comparables à la France, avec des taux de suicide féminins qui augmentent partout, mais avec une faible amplitude le plus souvent, et des taux masculins en augmentation importante chez les adolescents ou les jeunes adultes. Au-delà de 35 ans chez les hommes, l'évolution est divergente : en Suisse et au Danemark par exemple les taux sont en augmentation sensible, alors qu'ils baissent en Grande-Bretagne ou sont stables comme en R.F.A.

Toutes les analyses qui suivent se rapporteront à la population âgée de plus de 15 ans. Les suicides survenus avant 14 ans sont en effet mal connus, c'est ainsi que depuis 1969, aucun suicide d'enfant de moins de 10 ans n'a été enregistré. A partir de 10 ans par contre, ils sont assez nombreux pour être donnés en taux. Le tableau 3 indique les taux de suicide des enfants et adolescents et la place du suicide dans leur mortalité générale.

TABLEAU 3

Suicide de l'enfant et l'adolescent. Place dans la mortalité générale.
Années 1975-1977 — Taux pour 100 000.

	10 - 14 ans		15 - 19 ans	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Mortalité générale	37,4	23,5	120,1	50,4
Suicide	1,3	0,2	7,5	3,1
Morts de cause indéterminée quant à l'intention	1,7	0,5	4,9	1,6
Accidents	15,9	5,1	77,5	24,8

I.1.1. LE SUICIDE EN FONCTION DU STATUT MATRIMONIAL ET DE LA CATÉGORIE SOCIO-PROFESSIONNELLE.

Les statistiques de mortalité permettent d'analyser le taux de suicide en fonction de deux variables sociales importantes, le statut matrimonial et la catégorie socio-professionnelle. Comme on le constate sur les tableaux 4 et 5 l'incidence est très variable selon les statuts ou les professions.

TABLEAU 4

Taux standard de suicide selon l'état matrimonial et le sexe.*
Taux pour 100 000 — France entière — 1974-1977.

	Hommes	Femmes
Marié	23,9	9,0
Célibataire	51,8	14,8
Veuf	62,4	16,1
Divorcé	53,9	16,7

Comme on le constate sur le tableau 4, l'influence du statut matrimonial est plus grande chez les hommes. Cependant pour les deux sexes la hiérarchie des taux de suicide est la même : ce sont les veufs et divorcés qui se suicident le plus. L'importance du veuvage semble particulièrement élevée chez les hommes. Quant aux célibataires leur taux de suicide est intermédiaire, mais cependant très supérieur à celui des personnes mariées.

(*) Pour éliminer l'effet d'âge, qui est très évident dans ce cas, le taux de suicide est calculé en utilisant les taux par groupe d'âge de chaque statut et en pondérant ces taux par la structure par âge de l'ensemble de la population française — sexes réunis — de 1975.

TABLEAU 5

Taux standard de suicide en France selon la CSP et le sexe
Population de 25 à 64 ans — Années 1975-1977
(Taux pour 100 000)

	Hommes	Femmes
Indépendants	22,0	7,8
Cadres supérieurs	15,7	9,4
Cadres moyens	17,7	9,0
Employés	28,6	9,3
Ouvriers	28,8	6,9
Personnels de service	35,8	9,7
Autres actifs	31,2	11,5
Inactifs	75,4	11,4
Ensemble	29,1	11,4

Ce sont les catégories de cadres qui ont le taux de suicide le plus bas, alors que la catégorie des personnels de service a le taux le plus élevé (parmi les actifs). Il faut aussi remarquer le taux de suicide particulièrement élevé des hommes inactifs (à distinguer des chômeurs dont il sera question plus loin). Mais dans cette tranche d'âge (25-64 ans) qui est celle normalement de la pleine activité, les hommes demeurant inactifs sont sans doute des personnalités particulières à bien des égards. Les taux de suicide féminin, compte tenu du nombre relativement faible de suicide de femmes actives, sont à considérer plutôt comme des tendances.

I.1.2. LES MODES DE SUICIDE.

TABLEAU 6

Moyens de suicide (en %)
France 1978

	Hommes	Femmes	Ensemble
Pendaison	43,9	28,7	39,4
Arme à feu	25,7	5,6	19,8
Noyade	7,2	20,3	11,1
Intoxication	8,7	22,4	12,8
Autres	14,5	23,0	16,9

L'ordre de fréquence des modes de suicide est le même dans les deux sexes et est stable dans le temps. Il existe une différence sensible selon les tranches d'âges : l'usage des armes à feu est plus fréquent chez les jeunes hommes, ainsi que les intoxications

beaucoup moins fréquentes dans les suicides masculins d'ailleurs. Les noyades sont d'autant plus fréquentes que les femmes avancent en âge, et la pendaison est responsable d'1 suicide masculin sur 3 avant 45 ans, d'1 suicide sur 2 ensuite, elle est responsable d'1 suicide féminin sur 5 ou 6 avant 45 ans, d'1 sur 3 ensuite.

TABLEAU 7

Répartition des suicides selon le mode en fonction du sexe et de l'âge
France 1977-1978

	Hommes			Femmes		
	Pendaison	Arme à Feu	Empoisonnement	Pendaison	Arme à Feu	Empoisonnement
15 - 24 ans	34,0	35,6	12,1	16,1	7,3	37,4
25 - 34 ans	31,8	31,8	15,0	18,2	9,5	34,8
35 - 44 ans	39,0	27,2	12,9	21,1	14,0	31,6
45 - 54 ans	50,3	22,3	8,8	29,4	21,9	26,3
55 - 64 ans	52,1	21,1	6,7	35,0	26,2	18,6
65 ans et plus	51,7	19,0	4,6	37,0	24,0	15,7

L'incidence moyenne du suicide recouvre des différences régionales et locales importantes. Dans une étude précédente (18) (19), on a montré que l'incidence du suicide variait en France selon deux « axes » :

— d'une part, on observe un axe qui oppose les zones urbaines aux zones rurales, où l'on constate que le taux de suicide est beaucoup plus élevé dans les communes rurales, communes où le taux masculin est en moyenne supérieur de 34 % et le taux féminin supérieur de 25 % au taux national. Ils sont minima dans l'agglomération de Paris (taux inférieur de 43 % à la moyenne pour les hommes et de 29 % chez les femmes). L'évolution entre ces deux extrêmes est régulière, avec des taux de suicide qui diminuent lorsque la taille démographique de la commune ou de l'agglomération augmente.

— d'autre part, un axe oppose les régions du Nord et de l'Ouest aux régions du Sud, avec cependant une exception importante, la Région Parisienne. Les régions du Nord et Nord-Ouest ont des taux de suicide près de deux fois plus élevés que les régions méridionales en moyenne. Entre les deux régions extrêmes, Bretagne où le taux est maximum et Languedoc-Roussillon où il est minimum, le rapport entre les taux masculins est de

2,47 et de 1,88 pour les taux féminins. Le taux de suicide est, en Bretagne, supérieur de 49 % à la moyenne nationale chez les hommes et de 19 % chez les femmes. On a pu constater que ces variations importantes du suicide coexistent avec d'importantes variations de la mortalité liées — en tout ou partie — à l'alcoolisme (cirrhose, alcoolisme, accidents).

L'évolution des taux de suicide en fonction de la taille de la commune et de la région se combinent, d'où des taux de suicide maxima dans les communes rurales du Nord et Nord-Ouest et minima dans les grandes agglomérations, celles du Sud ainsi qu'à Paris. On peut donc considérer que l'agglomération de Lyon est bien représentative des grandes zones urbanisées pour ce qui concerne le suicide.

TABLEAU 8

Taux de suicide par sexe et âge
Comparaison de taux pour la France, le département du Rhône et Lyon (1978)
(Taux pour 100 000)

	Hommes			Femmes		
	France	Rhône	Lyon	France	Rhône	Lyon
15 - 24 ans	14,1	9,1	6,7	5,2	3,6	2,5
25 - 34 ans	23,1	12,8	10,9	8,3	4,6	4,6
35 - 44 ans	29,2	13,9	9,4	10,1	6,9	6,5
45 - 54 ans	37,2	17,7	11,5	13,1	4,9	3,9
55 - 65 ans	40,8	21,4	15,3	17,4	8,3	8,4
65 ans et plus	65,1	30,7	20,3	22,5	13,3	7,9

Le tableau 8 montre bien le caractère particulier de l'agglomération Lyonnaise par rapport à son département et la France entière.

I.2. Les tentatives de suicide

Les tentatives de suicide ne pouvant être étudiées sur le plan national, on utilisera les résultats de l'enquête épidémiologique de Lyon, dont on a dit plus haut la valeur représentative pour les grandes agglomérations.

TABLEAU 9

Répartition par âge et sexe des tentatives de suicide
(En nombre et en %) Année 1980

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
15 - 24 ans	220	32,1	544	37,7	764	35,9
25 - 34 ans	261	38,1	388	26,9	649	30,4
35 - 44 ans	111	16,2	268	18,6	379	17,8
45 - 54 ans	48	7,0	141	9,8	189	8,9
55 - 64 ans	19	2,8	57	4,0	76	3,6
65 ans et plus	23	3,4	36	2,5	59	2,8
N. P.	3	0,4	9	0,6	12	0,5
Total	685	100,0	1443	100,0	2128	100,0

Cette répartition par sexe et âge est différente de celle que l'on observe dans la population générale où les 15-24 ans, par exemple, représentent 21,6 % de la population de plus de 15 ans.

Le taux de tentatives de suicide est très variable, en effet, selon la tranche d'âge.

TABLEAU 10

Taux de tentatives de suicide selon le sexe et l'âge
Année 1980 — Agglomération de Lyon (*)
(Taux pour 100 000)

	Hommes	Femmes
15 - 24 ans	220	531
25 - 34 ans	249	379
35 - 44 ans	143	377
45 - 54 ans	65	191
55 - 64 ans	42	113
65 ans et plus	47	42

Plus des 2/3 (67,8 %) des tentatives de suicide sont féminines, soit une incidence moyenne des tentatives de suicide deux fois plus grande chez les femmes. L'évolution selon l'âge est un peu différente selon le sexe. Chez les hommes, on constate les taux les plus élevés dans les deux premiers groupes d'âge, puis une

(*) Les chiffres présentés dans le tableau sont provisoires, car l'enquête dans les hôpitaux s'est terminée un mois avant la rédaction de ce chapitre et une partie du décomptage des dossiers de tentatives de suicide a été fait manuellement, pour permettre une estimation du taux annuel de tentatives de suicide. Pour les autres tableaux, l'analyse est faite sur un échantillon de 1 270 dossiers de premières tentatives de suicide, qui ont pu être codés et traités par ordinateur.

décroissance très importante ensuite. Chez les femmes, le taux maximum est observé avant 25 ans, la décroissance est rapide, mais coupée d'un palier entre 25-44 ans. Les taux masculins et féminins ne sont équivalents qu'après 65 ans.

Les incidences du suicide et de la tentative de suicide en fonction du sexe et de l'âge, sont diamétralement opposées, d'où de grandes variations dans le rapport tentative de suicide/suicide. En effet, on constate qu'en moyenne, il se présente 10 tentatives de suicide masculines pour 1 suicide accompli, mais ce rapport est multiplié par 6 avant 25 ans et divisé par 5 dès 45 ans, pour devenir très proche de 1 après 60 ans. Chez les femmes, le rapport tentative de suicide/suicide est toujours beaucoup plus élevé (en moyenne proche de 50) ; il diminue toutefois régulièrement avec l'âge et se rapproche des taux masculins après 65 ans.

I.2.1. Taux de tentatives de suicide et nationalité.

On n'observe aucune différence statistiquement significative entre les Français et les étrangers, à une seule exception près, le groupe de filles de 15 à 24 ans, originaires d'Afrique du Nord. Le taux de tentatives de suicide de ces dernières est en effet trois fois supérieur à celui des jeunes Françaises de même âge. Cette observation a été déjà faite au cours d'autres enquêtes épidémiologiques et s'explique probablement par des conflits culturels souvent décrits.

I.2.2. Evolution des taux de tentatives de suicide.

La comparaison des données fournies par l'enquête de 1973 et celle de 1980 est possible au tableau 11.

Tableau 11

Comparaison des taux de tentatives de suicide en 1973 et 1980 selon le sexe et l'âge

(Taux pour 100 000)

	Hommes		Femmes	
	1973	1980	1973	1980
15 - 24 ans	204	220	468	531
25 - 34 ans	184	249	312	379
35 - 44 ans	122	143	205	377
45 - 54 ans	70	65	122	191
55 - 64 ans	51	42	67	113
65 ans et plus	39	47	37	42
Ensemble (15 ans et plus)	126	147	234	306

L'incidence de la tentative de suicide est en augmentation et, globalement, la croissance du taux de tentatives de suicide est d'environ 25 % ; mais cet accroissement touche plus particulièrement les femmes et les adolescents ou adultes jeunes des deux sexes. Cette augmentation a peut-être d'ailleurs débuté bien avant 1973, puisque nous ne disposons d'aucun élément antérieur de comparaison. N. Kreitman (14) (15) a décrit par exemple, pour Edimbourg une augmentation sensible des taux de tentatives de suicide entre 1968 et 1975, particulièrement importante pour les jeunes et les femmes. Cet accroissement des tentatives par intoxications est signalé également pour l'Angleterre et le pays de Galles par Farmer (9). Rien ne prouve que le phénomène, à Lyon ou en France, était stable avant 1973. Au contraire l'augmentation modérée mais indubitable des taux de suicide des femmes et des jeunes dans les 10 dernières années, traduit peut-être à la fois, l'augmentation des tentatives et les progrès de la thérapeutique qui s'opposent.

Si on analyse plus précisément l'évolution des tentatives de suicide entre 1973 et 1980, on observe que le taux de première tentative a peu varié (tableau 12). Les différences observées plus haut paraissent provenir donc, pour une grande part, d'un plus grand nombre de récidives.

TABLEAU 12

Evolution des taux de premières tentatives selon l'âge
1973-1980
(Taux pour 100 000)

	1973	1980
15 - 24 ans	240	248
25 - 34 ans	154	152
35 - 44 ans	113	140
45 - 54 ans	70	58
55 - 64 ans	44	32
65 ans et plus	33	33

I.2.3. TENTATIVES DE SUICIDE SELON DIVERSES VARIABLES SOCIO-ÉCONOMIQUES.

— Etat matrimonial et taille du ménage.

Les taux de tentatives de suicide sont très différents selon l'état matrimonial. Dans les deux sexes, la hiérarchie est la même :

TABLEAU 13

Taux comparatifs de tentatives de suicide selon l'état matrimonial
Agglomération de Lyon (*) — Année 1980
(Taux pour 100 000)

	Hommes			Femmes		
	Célibataires	Mariés	Veufs Divorcés	Célibataires	Mariées	Veuves Divorcées
15 - 24 ans	260	160	-	644	420	-
25 - 34 ans	448	123	2669	367	239	2346
35 - 44 ans	248	105	909	258	252	2075
45 - 54 ans	65	35	481	51	155	441
55 ans et plus	57	40	90	37	83	174
Taux comparatifs (25 ans et plus)	298	97	1604	258	215	1780

les veufs et divorcés sont de très loin les plus atteints, puis les célibataires et enfin les personnes mariées. Mais la différence est si marquée pour les hommes que les taux masculins chez les veufs et divorcés ou célibataires, sont proches des taux féminins, alors que le taux de tentatives de suicide des hommes mariés est très inférieur à celui des femmes mariées. Le rôle de l'isolement dans les conduites suicidaires a été fréquemment décrit : P. Sainsbury et coll., par exemple, estiment que 48 % de la variance des taux de suicide masculins est expliquée par l'isolement (21).

L'enquête a apporté d'ailleurs des informations qui confirment ces observations : c'est ainsi, et compte tenu de leur âge, que les personnes qui ont fait une tentative de suicide ont en moyenne une descendance numériquement plus réduite que la moyenne de la population. La différence est plus importante dans le cas des hommes. Le fait qu'il y ait, à âge égal, un peu plus de célibataires, de veufs et de divorcés dans la population des tentatives de suicide, ne peut expliquer qu'une partie de leur « sous-fécondité ».

(*) Le taux comparatif (pour les personnes de 25 ans et plus) selon l'état matrimonial est obtenu à partir d'une population standard qui est celle de l'agglomération de Lyon. De ce fait, malgré des différences importantes d'âge moyen selon les statuts, les taux sont parfaitement comparables, l'effet propre de l'âge ayant été éliminé.

TABLEAU 14

Taux de tentatives de suicide selon le sexe et la taille du ménage (*)
(Taux pour 100 000)

	Hommes	Femmes
1	338	313
2	105	217
3	49	155
4 ou plus	29	92
Collectivité	248	314

Ce tableau montre que l'absence de vie familiale (le sujet vit seul ou en collectivité) entraîne un surcroît de tentatives de suicide important. Ces situations d'isolement semblent avoir une incidence beaucoup plus nette pour les hommes qui, dans ces cas, ont des taux de tentative de suicide proche des taux féminins.

Pour les adolescents dont les parents constituent l'environnement habituel, il n'est pas possible de calculer des taux de tentatives de suicide en fonction du statut matrimonial de ceux-ci (statistiques générales non disponibles mais on peut par contre comparer, sur le plan du statut matrimonial, les parents des suicidants à ceux d'autres jeunes dans la population générale (ici, des échantillons représentatifs de jeunes travailleurs et de lycéens).

TABLEAU 15

Statut matrimonial des parents de suicidants de moins de 25 ans
Comparaison avec des échantillons issus de la population générale (en %)

	Tentatives de suicide	Jeunes Scolarisés (1)	Jeunes (2) Travailleurs
Parents mariés	63,1	85,9	81,8
Parents divorcés, séparés	23,6	6,9	9,1
Un parent décédé	10,3	6,7	8,4
Mère célibataire	3,0	0,5	0,7

(1) Echantillon représentatif de jeunes scolarisés (1979-1980).
(2) Echantillon représentatif de jeunes travailleurs des P. et T. (1978).

(*) On n'a pas pu tenir compte de l'influence éventuelle de l'âge sur la taille du ménage (statistiques générales non disponibles). Toutefois on a éliminé les personnes de 65 ans et plus.

La différence entre ces répartitions est évidente et très significative statistiquement. On ne retrouve pas, par contre, au niveau de la taille de la fratrie, de différences significatives avec la population générale.

— *Tentatives de suicide et catégorie socio-professionnelle.*

TABLEAU 16

Taux de tentatives de suicide en fonction du sexe et de la catégorie professionnelle

(Taux pour 100 000)

	Hommes	Femmes
Indépendants	196	400
Cadre supérieur	62	177
Cadre moyen	123	212
Employé	144	263
Ouvrier	169	391
Personnel de service	588	837
Autres actifs	143	441
Ensemble des actifs	157	342
Etudiants et élèves	106	467

Les taux de tentatives de suicide sont plus bas dans les catégories sociales les plus favorisées (cadres) que dans les catégories défavorisées, avec cependant une particularité notable qui est celle des personnels de service dont le taux de tentatives de suicide est beaucoup plus élevé que celui de toutes les autres catégories sociales, y compris les plus proches socialement. Cette particularité des personnels de service est souvent notée dans les enquêtes médico-sociales. Enfin, le taux de suicide des étudiants — que l'on peut comparer à celui des 15-24 ans — paraît assez faible, notamment chez les hommes, et dans leur cas et compte tenu de leur âge, rejoint celui des cadres supérieurs.

Les taux de suicide selon la catégorie socio-professionnelle sont ordonnés de la même manière.

— *Etude des taux de tentatives de suicide chez les femmes selon qu'elles sont actives ou inactives.*

TABLEAU 17

Taux de tentatives de suicide chez les femmes selon qu'elles sont actives ou inactives.

(Taux pour 100 000)

	Inactives	Actives
15 - 24 ans	1117	518
25 - 34 ans	309	356
35 - 44 ans	368	398
45 - 64 ans	166	163
Ensemble	430	342
Moyenne 25 - 64 ans	270	294

En moyenne, le taux de tentatives de suicide des femmes actives est plus faible que celui des inactives, mais ceci tient surtout au fait que le taux de tentatives de suicide des inactives les plus jeunes (15-24 ans) qui ne sont pas non plus étudiantes ou élèves, est particulièrement élevé : les jeunes filles d'Afrique du Nord sont sans doute nombreuses dans ce groupe d'inactives jeunes. Au-delà de 25 ans, les taux varient peu en fonction de l'activité.

— *Tentatives de suicide et chômage.*

Dernier point soulevé par les relations entre tentatives de suicide et variables socio-démographiques : l'importance du chômage. Des publications nombreuses ont souligné les troubles, parfois profonds, de la personnalité qu'avait entraîné le chômage. Est-ce que cela conduit, dans des proportions particulièrement fréquentes, à faire une tentative de suicide ?

TABLEAU 18

Pourcentage de chômeurs selon le sexe par tranches d'âge

(rapporté à l'ensemble des tentatives de suicide de la même classe)

	Hommes	Femmes
15 - 24 ans	28,8	12,0
25 - 34 ans	21,9	7,4
35 - 44 ans	16,4	9,2
45 - 54 ans	14,8	2,5
55 ans et plus	18,2	-
Ensemble (15-64 ans)	22,9	8,9

La place du chômage paraît particulièrement importante. Les chômeurs sont rapportés ici à l'ensemble de leur classe d'âge (y compris les étudiants, invalides ou retraités), c'est-à-dire que les taux de chômage sont en réalité encore plus élevés. Le chômage dans la population de la région atteignait, à la fin de 1978, 4,6 % d'hommes et 8,6 % de femmes, avec un maximum de 9 % pour les hommes de moins de 25 ans et 18,7 % pour les femmes du même âge. Le chômage a sans doute augmenté depuis, mais le pourcentage reste sans communes mesures avec celui que l'on observe chez les suicidants de sexe masculin, car les femmes chômeurs ne sont pas sur-représentées parmi les suicidantes.

Toutefois, le chômage n'apparaît pas être le seul facteur de risque de ces sujets. On constate en effet qu'ils sont significativement plus souvent que la moyenne de l'échantillon, alcooliques, porteurs de troubles mentaux et récidivistes du suicide.

Une publication récente de Shepherd et Barraclough (22) rapporte 75 cas de suicides dans lesquels la situation de chômage ou d'instabilité professionnelle était significativement associée à des problèmes de santé, notamment de santé mentale. H. Gethin Morgan (10) à Bristol a retrouvé également des corrélations statistiquement très significatives entre chômage masculin et tentatives de suicide des jeunes hommes et une association relativement fréquente à l'abus d'alcool, dans les deux sexes. Tous ces résultats qui vont dans le même sens, doivent conduire à réfléchir sur les conditions dans lesquelles le chômage conduit au suicide.

— *Antécédents suicidaires.*

41,1 % des tentatives de suicide observées étaient de parité 2 ou plus (35,5 % chez les hommes, 43,8 % chez les femmes). Cette différence sexuelle significative, est cependant bien moindre que celle que l'on remarque dans les premières tentatives. Elle avait été notée déjà en 1973 (25,6 % des hommes et 31,4 % des femmes présentaient des antécédents suicidaires).

La proportion de récidives est également significativement différente selon l'âge mais l'évolution n'est pas la même dans les deux sexes.

TABLEAU 19

Fréquence des récidives de suicide, selon le sexe et l'âge (en %)

	1980			1973
	Hommes	Femmes	Ensemble	Ensemble
15 - 24 ans	38,9	37,0	37,5	30,2
25 - 34 ans	36,2	50,0	44,2	37,4
35 ans et plus	30,5	48,6	43,4	27,2
Tous âges	35,5	43,8	41,1	31,4

On constate que l'incidence des récidives diminue chez les hommes avec l'âge, tandis qu'elle augmente chez les femmes.

Cette augmentation divergente s'explique peut-être en partie par la surmortalité suicidaire masculine qui « élimine » des récidivistes en puissance.

Le nombre moyen de tentatives antérieures par récidiviste ne diffère pas, par contre, selon le sexe, il est de 2,0.

On remarque en même temps au tableau 19, l'augmentation de la fréquence des récidives entre 1973 et 1980, touchant les 2 sexes et toutes les classes d'âge. On a dit plus haut qu'elle semble être responsable de l'augmentation globale des tentatives de suicide.

Farmer, constatant des résultats comparables dans un hôpital londonien (9) estime que ces résultats peuvent être discutés: la seule vérification certaine de l'augmentation des récidives de suicide résiderait dans l'étude longitudinale d'une cohorte. Des changements démographiques et sociaux, pourraient être en effet, à l'origine d'une augmentation des récidives sans pouvoir pour cela être étendus à la population générale de l'agglomération. Compte tenu des conditions de l'enquête de Lyon, cette objection ne nous paraît pas devoir être retenue.

I.2.4. L'ACTE SUICIDAIRE ET SES CONSÉQUENCES SOMATIQUES.

Les tentatives de suicide sont, dans plus de 80 % des cas, des intoxications médicamenteuses. Ceci soulève évidemment la question d'une différence essentielle entre tentative de suicide et suicide (dans ce cas, on a vu que les intoxications ne représentent que 13 % des cas). Utilise-t-on les médicaments plutôt qu'une corde parce que la mort n'est pas la finalité du passage à l'acte ? Ou survit-on aux intoxications grâce aux délais qu'elles accordent et aux puissantes thérapeutiques ? Choisit-on le moyen

de suicide en fonction de sa disponibilité et de l'usage plus ou moins habituel que l'on en fait ? Il est de fait que les femmes et les jeunes gens manipulent plus souvent des médicaments que des cordes ou des armes à feu. Ce dernier mode de suicide, d'ailleurs, tient une place croissante au cours des dix dernières années, alors que la possession d'armes se répand effectivement dans la population.

TABLEAU 20

Répartition des modes de tentatives de suicide dans l'agglomération urbaine de Lyon - 1980 (en %)

	Hommes	Femmes	Ensemble
Intoxication médicamenteuse	73,5	85,8	81,8
Intoxication par toxique autre (seul ou associé à un médicament)	5,1	5,2	5,2
Violence seule	13,6	4,3	7,4
Violence avec prise de médicament	5,6	3,2	4,0
Autres	2,2	1,5	1,7

Si les différences entre les sexes sont notables et tiennent essentiellement dans l'utilisation de procédés violents, il n'y a au contraire aucune différence significative en fonction de l'âge, quant à la répartition des modes de suicide et ceci dans les deux sexes.

L'usage de médicaments, isolé ou associé soit à un autre produit, soit à un acte violent, intervient dans 87 % des cas au total. La répartition des médicaments absorbés est la suivante :

- Tranquillisants ..... 39,7 %
- Hypnotiques ..... 21,4 % } Barbituriques : 7,1 % / Non barbituriques : 14,3 %
- Antidépresseurs ..... 6,9 %
- Neuroleptiques ..... 4,5 %
- Autres psychotropes ..... 4,9 %
- Antalgiques ..... 4,1 %
- Autres et non précisés ..... 18,5 %

Les autres toxiques employés (5 % des cas) ont été le gaz (2 %), l'essence, l'alcool à brûler, l'eau de javel, des détergents, des désinfectants, etc...

Les violences observées, seules ou associées à la prise de médicaments, ont été, 6 fois sur 10, des phlébotomies, les autres

cas étant des précipitations, noyades, pendaisons, blessures par armes à feu, « accidents » de la circulation, etc...

— *Comparaison des modes de tentative de suicide en 1973 et en 1980.*

La différence avec les observations faites en 1973 est assez notable et surtout pour le sexe masculin. A cette époque, 65,9 % seulement des hommes avaient utilisé des médicaments, 22 % d'entre eux avaient pratiqué des violences.

L'augmentation des intoxications dans les tentatives de suicide masculines, correspond tout à fait à l'évolution observée pour le suicide, les intoxications ne représentaient jusqu'en 1970 que la 4e cause de mort, après les noyades ; elles sont depuis au 3e rang (cf. tableau 6).

La fréquence accrue des intoxications médicamenteuses et la diminution des violences est beaucoup moins marquée pour le sexe féminin, ces dernières étant déjà rares en 1973.

— *Gravité des atteintes somatiques consécutives à l'acte suicidaire.*

L'état somatique post-suicidaire a été très grave pour 9,2 % des sujets, graves pour 18,3 %, peu grave pour 72,3 %, quel que soit le moyen utilisé pour la tentative de suicide. La « dangerosité » des modes de suicide est difficile à mesurer en raison de ses différentes composantes (doses de produit, délai d'intervention, nature de la violence exercée, etc...). La répartition selon la gravité pour chaque type de tentative de suicide est en général proche des moyennes générales. Deux modalités seulement s'en écartent sensiblement : l'association de médicaments et toxiques

TABLEAU 21

Gravité des tentatives de suicide selon l'âge (en %)

	Peu grave	Assez grave ou grave	Très grave
15 - 24 ans	77,6	17,0	5,4
25 - 34 ans	74,9	16,7	8,4
35 - 44 ans	70,0	17,3	12,7
45 - 54 ans	63,0	23,1	13,9
55 - 64 ans	53,8	30,8	15,4
65 ans et plus	44,4	30,6	25,0
Ensemble	72,5	18,3	9,2

non médicamenteux et les violences. Dans ces deux éventualités, le pourcentage de cas peu graves est plus réduit.

Mais plus que du moyen de la tentative de suicide, le niveau de gravité est fonction de l'âge du sujet. Plus celui-ci est âgé et plus la tentative de suicide a de graves conséquences somatiques ; cette évolution défavorable des pronostics en fonction de l'âge se fait sans qu'il y ait modification significative des moyens employés. Est-ce l'expression d'une moindre résistance ou d'une volonté plus délibérée de mettre fin à la vie ? L'étude de l'incidence des suicides ferait plutôt penser à la seconde hypothèse. D'autant plus que les tentatives masculines sont, en moyenne, plus graves bien que la différence ne soit pas très importante (elle est significative statistiquement cependant). Un autre mode d'approche des conséquences de l'acte suicidaire est l'étude des niveaux de coma atteints : 58 % des sujets ont connu un coma de stade 1, 14,6 % un coma de stades 2 ou 3, 10,6 % un coma de stade 4 (y compris quelques cas de coma 5). La différence entre les sexes n'est pas significative, par contre, on remarque une répartition inégale en fonction de l'âge, les comas profonds étant moins fréquents chez les suicidaires les plus jeunes.

— *Comparaison des conséquences somatiques des tentatives de suicide en 1973 et 1980.*

Les observations ci-dessus, concernant la gravité des tentatives de suicide sur le plan somatique en fonction de l'âge et du sexe, étaient déjà possibles en 1973. En 1980, comme le montre le tableau 22, on constate une aggravation du pronostic des tentatives de suicide.

TABLEAU 22

Comparaison de la gravité des tentatives de suicide en 1973 *et* 1980 — *par sexe*
(en %)

Conséquences de la tentative de suicide	Hommes		Femmes	
	1973	1980	1973	1980
Etat somatique peu grave	69,2	67,3	79,1	74,9
Etat somatique grave	21,3	22,9	14,6	16,2
Etat somatique très grave	9,5	9,8	6,3	8,9

Les modifications ne peuvent être dues à des interprétations différentes des niveaux de gravité. Dans ce cas, en effet, elles se

retrouveraient dans les deux sexes, à tous les âges. Or, l'augmentation du niveau de gravité concerne surtout les femmes et les jeunes hommes.

— *Alcoolisation et tentative de suicide.*

L'alcoolisation du sujet a précédé la tentative de suicide dans 20,7 % des cas. La différence entre les sexes est très significative : 13,9 % des femmes se sont alcoolisées pour 35 % des hommes. Elle est, dans les deux sexes, d'autant plus fréquente que le sujet augmente en âge, jusqu'à 45 ans du moins.

TABLEAU 23

Alcoolisation avant tentative de suicide selon l'âge et le sexe (en %)

	Hommes	Femmes
15 - 24 ans	28,9	13,8
25 - 34 ans	40,7	14,2
35 - 44 ans	50,0	20,9
45 ans et plus	30,2	10,4
Ensemble	35,0	13,9

Bien d'autres publications déjà ont fait état des relations entre l'alcool et le suicide ou les tentatives de suicide.

L'alcoolisation précédant immédiatement les tentatives de suicide, est signalée par Kreitman et Schreiber (15) dans des pourcentages très proches de ceux qui ont été observés à Lyon (30 % entre 15 et 24 ans, 37 % entre 20 et 24 ans pour les hospitalisés à Edimbourg entre 1972 et 1975).

Ils signalent également — ce que nous ne pouvons vérifier à Lyon — que la fréquence de l'absorption d'alcool avant le passage à l'acte a augmenté de manière très significative entre la période considérée et 1968-1971.

D'autre part, plusieurs publications sur lesquelles on reviendra plus loin, signalent la place de l'alcoolisme chronique comme facteur de risque de récidive. Ces observations sur les relations alcool-suicide sont à rapprocher de ce que l'on sait aussi du *rapport drogue-suicide*. Les toxicomanes sont connus pour la proportion élevée de suicidants parmi eux : une recherche de notre équipe portant sur une population de 226 polytoxicomanes dépendants, a relevé un pourcentage élevé de tentatives de suicide (56 %) et de suicides accomplis (3 %).

II. — Epidémiologie analytique : recherche des facteurs de risque

L'épidémiologie suppose la comparaison de la population étudiée en fonction d'un caractère donné — ici la tentative de suicide — avec une population témoin déterminée de manière aléatoire, ou la comparaison des sujets entre eux, ce qui exige des effectifs assez importants.

Ceci a pu être réalisé, pour les jeunes de 15 à 19 ans uniquement, au cours d'une enquête effectuée en 1974 dans les hôpitaux de Lyon et Strasbourg, différente de celle dont il a été question dans la première partie de ce chapitre. L'échantillon constitué — 537 sujets — est parfaitement représentatif des adolescents hospitalisés pour tentatives de suicide dans les deux agglomérations urbaines pendant un an.

Une population témoin a été fournie par une autre recherche pour laquelle des échantillons de jeunes de 15 à 19 ans, scolarisés ou non, ont été réalisés et la même méthodologie utilisée. Il va de soi que les comparaisons suicidants-groupes témoins se font uniquement pour les questions étudiées de manière identique dans les divers groupes.

Les résultats mis en évidence par ces analyses s'inscrivent, il ne faut pas le perdre de vue, dans un cadre épidémiologique : l'existence d'une corrélation statistiquement significative entre une variable donnée et la tentative de suicide, ne permet pas d'affirmer que le facteur concerné est une cause de suicide (on ne peut en effet parler de facteur étiologique que lorsqu'il y a liaison directe entre le facteur et l'effet observé), mais seulement que les suicidants le possèdent plus fréquemment que les groupes témoins. C'est un « facteur de risque ».

Ces travaux ayant été publiés, on n'en donnera ici qu'un bref aperçu.

II.1. Les facteurs de risque socio-familiaux dans la tentative de suicide de l'adolescent

— Les familles sont, plus souvent que celle des sujets des groupes témoins, dissociées par la mésentente ou la mort. Ce caractère est d'ailleurs signalé dans tous les groupes déviants.

— La répartition selon l'activité n'est pas celle de la population générale : proportionnellement moins d'étudiants et beaucoup plus « d'inactifs » (non étudiants) parmi les suicidants.

— Il n'y a pas de différence significative entre les témoins et les suicidants en ce qui concerne le rang dans la fratrie ou la taille des familles. On a vu plus la confirmation de ces résultats dans l'enquête de 1980 (cf. 1re partie).

— La répartition des niveaux socio-professionnels des pères ne révèle l'incidence particulière d'aucune profession. L'activité professionnelle des mères, pas davantage. Pourtant, parmi les mères actives, la catégorie « personnel de service » est seule surreprésentée puisqu'elle constitue 30 % des mères actives (12 % dans la population générale).

— La situation de filles d'immigrés est apparue comme un facteur de risque particulier : les conflits culturels entre jeunes « européanisés » par l'enseignement et l'environnement extra-familial, et les pères, musulmans notamment, accusent parfois, à la puberté des filles, une acuité intolérable.

— Appartenant plus fréquemment que les autres à des familles dissociées, les jeunes suicidants ont été, plus souvent que les autres et même quand leur famille est complète, confiés à une garde extérieure ou à des collectivités. La différence avec les groupes témoins est importante et ne peut être expliquée par les niveaux socio-économiques, les jeunes travailleurs ou les élèves des lycées professionnels appartenant aussi souvent à des familles de catégories modestes ou défavorisées.

— Dans les cas où les familles sont présentes, les relations intra-familiales sont fréquemment perturbées : indifférence allant jusqu'à l'hostilité parfois, excès ou absence d'autorité vis-à-vis de l'enfant, mésentente ou indifférence des deux parents entre eux.

Si on considère en même temps les différents volets des relations intra-familiales et que l'on recherche les familles où règne l'entente entre le père et la mère, des relations affectueuses entre parents et enfants, une autorité parentale suffisante et bien acceptée, on constate que ces facteurs ne se retrouvent simultanément que dans 12,5 % des familles de suicidants. Dans plus de 1 cas sur 4, le sujet signale aussi une mauvaise relation avec frères ou sœurs (ceci, le plus souvent, n'est que le reflet des relations entre parents et enfants).

— Enfin, l'alcoolisme, les maladies mentales, le suicide accompli ou les tentatives de suicide, isolément ou associés, se rencontrent environ 3 fois plus dans l'environnement des suicidants que dans la population de référence.

II.2. L'usage de produits psychotropes avant le passage à l'acte

Nous avons à plusieurs reprises, chez les adolescents, dans la population générale comme dans les groupes déviants, démontré la relation très significative entre les difficultés personnelles, relationnelles, psychologiques et sociales, et la consommation régulière d'un ou plusieurs produits psychotropes (tabac, alcool, médicaments). Les jeunes suicidants ne manquent pas à cette règle et leur consommation importante de tabac, d'alcool ou de médicaments modificateurs du système nerveux central, apparaît très antérieure au passage à l'acte. 7 garçons sur 10 et 5 filles sur 10 fumaient régulièrement. Parmi eux, 2 garçons sur 3 et 1 fille sur 2 fumaient 20 cigarettes ou plus par jour (la proportion de gros fumeurs est supérieure à 1 sur 2 chez les suicidants récidivistes des deux sexes).

La différence avec les témoins est considérable : parmi les lycéens de 15 à 20 ans qui fument, seulement 1 sur 12 environ fume 20 cigarettes ou plus par jour. Parmi les jeunes travailleurs, 4 garçons et 3 filles sur 10 fument régulièrement, mais 1 sur 6 seulement consomme un paquet de cigarettes ou plus par jour.

De même, la consommation quotidienne d'alcool est nettement plus importante parmi les jeunes auto-agressifs que parmi les témoins ; la différence est surtout nette parmi les filles (4 % des jeunes suicidantes boivent des alcools forts tous les jours, pour 0,5 % des témoins).

Enfin, près de 1 jeune sur 3, avant la tentative de suicide, a pris des médicaments contre l'insomnie, 1 sur 2 des médicaments contre « la nervosité », 1 sur 4 les deux, et ceci dès l'âge de de 15 ou 16 ans.

L'existence de prise en charge psychiatrique pour quelques-uns d'entre eux ne suffit pas à expliquer la différence entre les suicidants et les témoins dont en moyenne 1 sur 8 a utilisé une de ces thérapeutiques.

II.3. Facteurs de risque dans le domaine de la santé physique et mentale

Des troubles divers, dont on ne peut dire ici s'ils sont organiques ou fonctionnels, font que, parmi les suicidants, 4 sur 10 disent être en mauvaise santé. Ils ont présenté des maladies graves, des accidents, des hospitalisations, plus souvent que les témoins. Cette morbidité élevée est à rapprocher d'observations retrouvées dans la littérature et faisant état, à partir d'études longitudinales d'une morbidité ou d'une mortalité particulière — toutes causes réunies — dans les cohortes de jeunes connus pour avoir effectué une tentative de suicide. On pense en particulier aux travaux de U. Otto (17) et R. Etlinger (7).

— *Les troubles psychologiques.*

L'anamnèse du jeune suicidant révèle fréquemment des antécédents de difficultés scolaires et caractérielles, de troubles du comportement (agressivité, excitation, violence, instabilité), de fugues. Au total, 1 sujet sur 3 seulement n'a présenté aucun signe évident d'inadaptation dans l'enfance ou la prime adolescence.

— *Les troubles mentaux.*

Les tentatives de suicide sont assez souvent à l'origine de diagnostics psychiatriques : leur vérification s'impose par une observation plus approfondie. La difficulté de l'approche épidémiologique de ce problème tient aussi à la dispersion des malades et au nombre de praticiens intervenant, ce qui nuit à l'homogénéité des diagnostics. C'est donc avec prudence qu'il conviendra d'interpréter les résultats suivants, d'autant plus que la nosographie est mal adaptée aux troubles de l'enfant et de l'adolescent.

Un tiers des sujets ont été considérés comme ne présentant pas de pathologie psychiatrique. Des « troubles réactionnels et situationnels » (dont on peut supposer qu'ils seront transitoires le plus souvent), ont été signalés dans 11 % des cas environ. Mais plus de la moitié des sujets (57 %) ont paru présenter des symptômes psychiatriques, et notamment de :

— personnalité ou caractère pathologique : 19 % des cas,
— névrose : 17 %,
— état dépressif : 11 %,
— psychose : 8 %.

L'importance pronostique des troubles psychologiques et psychiatriques n'est plus à démontrer. Le rôle de facteurs, à première vue moins importants, se révèle pourtant non négligeable, comme le montre la recherche du risque de récidive.

II.4. Recherche épidémiologique des risques de récidive de suicide

La recherche des risques de récidive s'adresse à des individus signalés par l'existence d'un premier acte suicidaire. Elle vise à identifier, parmi les caractéristiques de ces sujets, celles qui peuvent être considérées comme ayant une valeur pronostique suffisante pour faire craindre une récidive et donc servir d'indications à une prise en charge destinée à la prévenir. Cette prévention secondaire est de la plus haute importance puisque toutes les études s'accordent sur le fait qu'une première tentative de suicide comporte un haut risque de répétition (les différentes études successives de l'I.N.S.E.R.M. ont mis en évidence la répétition de l'acte suicidaire dans plus de 30 % des cas. Certains travaux font état de pourcentages très supérieurs). Ce risque est maximal dans l'année qui suit la première tentative. Par ailleurs, la répétition du suicide comporte un risque mortel beaucoup plus important : par exemple, Otto (17), en Suède, a observé 4 % de décès par suicide, en 5 ans, chez 1 547 adolescents ayant effectué antérieurement une première tentative de suicide.

Pour mettre en lumière le risque de répétition, les sujets effectuant leur première tentative (344) ont été comparés à ceux qui en ont accompli au moins deux (185), afin de discerner les différences entre eux susceptibles d'avoir une valeur prédictive (6). Il n'y a pas de différence entre suicide primaire ou récidive en ce qui concerne l'acte lui-même. Toutefois, les récidives ont été plus souvent préméditées (27 % des récidivistes disent avoir cédé à une impulsion contre 64 % des suicidants primaires).

L'intoxication médicamenteuse reste le moyen le plus employé, mais près de 4 récidivants sur 10 utilisent plusieurs produits à la fois et les tentatives-traumatismes sont deux fois plus fré-

quentes. Les conséquences sur le plan somatique et vital sont donc, le plus souvent, beaucoup plus graves.

— *Différences entre suicidants primaires et récidivants.*

Caractéristiques personnelles :

Ni la nationalité, ni l'âge (entre 15 et 19 ans du moins), ni le sexe, ne différencient les suicidants primaires des récidivants.

Il existe une différence très significative entre la répartition des suicidants primaires et récidivants selon leur activité et leur niveau scolaire. Parmi les seconds, beaucoup plus d'inactifs et beaucoup plus d'études écourtées.

On n'observe pas de différence dans la fréquence des familles dissociées, ni dans la répartition des catégories socio-professionnelles des pères ou des mères, ni dans l'activité de ces dernières hors du foyer. Par contre, les antécédents familiaux d'alcoolisme des parents sont significativement plus nombreux.

Alors que 44 % des suicidants primaires appartiennent à une fratrie de 4 enfants ou plus (pourcentage proche de celui de la population générale), 6 récidivants sur 10 sont dans ce cas.

Les relations familiales sont fréquemment perturbées, et de manière telle que cela sépare de manière statistiquement significative suicidants primaires et suicidants récidivistes.

Les facteurs psychologiques et psychiatriques sont, dans la répétition des tentatives de suicide, sur-représentés : antécédents de troubles du comportement, de difficultés scolaires, tendances dépressives et diagnostics psychiatriques de personnalité pathologique ou de psychose.

Un certain nombre de facteurs différencient donc, de manière statisquement significative, les suicidants primaires des récidivants. Ils concernent un nombre suffisamment important d'individus et peuvent donc être considérés comme des facteurs de risque de récidive. Ce sont :

— Facteur 1 : existence d'un diagnostic psychiatrique de psychose ou de personnalité pathologique.
— Facteur 2 : appartenance à une famille de 4 enfants ou plus.
— Facteur 3 : antécédents familiaux d'alcoolisme.
— Facteur 4 : antécédents de troubles du comportement, de difficultés caractérielles et scolaires dans le passé du sujet.
— Facteur 5 : pathologie relationnelle familiale.
— Facteur 6 : tendances dépressives.

C'est l'accumulation de ces facteurs qui se révèle avoir la valeur prédictive la plus nette. Si on met à part le facteur 1 (qui justifie en lui-même une prise en charge médicale), on observe que 48 % des sujets récidivants présentent au moins 3 des 5 autres facteurs (contre 23 % des suicidants primaires). D'autre part, 23 % des récidivistes et seulement 4,5 % des suicidants primaires cumulent 4 ou 5 de ces facteurs, dont on peut donc admettre qu'ils constituent une échelle de risque. Le caractère non prospectif de l'enquête donne au groupe de suicidants primaires, un caractère peu homogène, comprenant à la fois des récidivistes en puissance et des sujets qui ne récidiveront jamais, ce qui diminue les différences entre les deux populations. Malgré cela, la différence entre les deux groupes de suicidants est très significative en ce qui concerne leur répartition en fonction de l'échelle du risque, alors que la comparaison de sujets ayant effectué plus de deux tentatives de suicide, à ceux qui n'ont présenté qu'une seule récidive, ne met en évidence aucune différence selon l'échelle de risque.

Devraient être considérés comme sujets à haut risque de récidive de suicide, au moins tous les adolescents qui présentent les caractéristiques suivantes :

— soit diagnostic de psychose ou de personnalité pathologique ;

— soit trois ou plus des cinq facteurs ci-dessus.

L'application de cette échelle de risque à l'échantillon étudié aurait amené à concentrer les efforts sur 50 % de l'échantillon. Or, il n'en est pas du tout ainsi et de nombreux jeunes ont quitté les services hospitaliers parfois quelques heures à peine après l'acte suicidaire, sans qu'une évaluation réelle ait pu être faite et sur le seul critère d'un état somatique satisfaisant.

D'autres chercheurs se sont efforcés également de mettre au point des échelles de risque suicidaire : D. Buglass et J. Horton (2), à partir d'une importante enquête épidémiologique portant sur 3 cohortes de suicidants admis au Regional Center Poisoning d'Edimbourg, ont abouti à l'identification des six facteurs les plus « prédictifs » de récidive pour les deux sexes et à tous âges, qui sont : une première tentative de suicide, la sociopathie (définie comme une déchéance sociale), l'alcoolisme, l'existence

de traitement psychiatrique antérieur, l'appartenance à la classe sociale V (la plus défavorisée). On remarquera que cette échelle — avec les corrections dues au fait qu'elle concerne des adultes et non des jeunes — traduit tout à fait les mêmes tendances que celle qui vient d'être exposée.

Bagley et Greer à Londres (1) montraient que les récidivistes avaient été moins souvent en contact que les non-récidivistes avec des services psychiatriques dans les trois premiers mois suivant la première tentative, la différence étant significative, ceci traduisant l'importance d'une prise en charge de postcure après la première tentative.

J. Stork (R.D.A.) a proposé de son côté une recherche de « risque suicidaire », beaucoup plus générale (23).

Enfin, des études épidémiologiques réalisées à partir d'une conception différente de la mesure du risque de récidive, ont abouti à un étalonnage de la gravité de l'acte suicidaire, donc de sa létalité potentielle et, par là, son « intentionnalité » de mort. A. D. Weisman et J. W. Worden (24) de Boston, en particulier, ont expérimenté une méthode quantitative de mesure de la létalité de la tentative de suicide, « risk-rescue rating », en établissant une équation entre « facteurs de mort » et « facteurs de survie ».

II.5. Essai de typologie

L'analyse plus fine des résultats de cette recherche épidémiologique nous a conduits, d'autre part, à tenter d'isoler des « profils-types » de suicidants.

Le but d'une typologie est de découvrir des associations de caractères qui déterminent des profils susceptibles d'aider les cliniciens dans leur orientation diagnostique et thérapeutique.

L'essai de typologie des adolescents suicidants repose sur des analyses statistiques dont les objectifs précis ont été les suivants :

— déterminer des groupes de sujets bien « typés » (c'est-à-dire très agrégés et très écartés du reste de la population au sens d'un indice de ressemblance) ;

— caractériser ces groupes par des associations spécifiques de variables parmi les facteurs personnels immédiats, les facteurs familiaux, les conditions sociales et psychologiques, qui sont étudiés sur l'échantillon.

Les résultats s'inscrivent dans un cadre épidémiologique et, comme on l'a déjà exposé, des tendances sont dégagées pour chaque groupe en raison de fréquences relatives, plus grandes significativement là qu'ailleurs, sans que chaque sujet présente toutes les caractéristiques de son groupe.

D'autres auteurs ont réalisé des recherches récentes dans la même direction, mais ne s'adressant pas à des populations adolescentes, notamment R. Menahem (16) A. S. Henderson (12), A. Kiev (13).

On ne donnera ici ni la méthodologie, ni les résultats détaillés déjà publiés par ailleurs (8), mais seulement une brève synthèse de ceux-ci :

Quatre types de suicidants apparaissent nettement :

— Dans le type I (19 % de l'échantillon), se rencontrent avec une fréquence particulière, tous les facteurs de gravité : sujets de sexe masculin, antécédents familiaux de suicide, maladies mentales, alcoolisme, fratrie nombreuse, difficultés caractérielles et scolaires, absence de diplôme ou de qualification professionnelle, niveau intellectuel plutôt bas, relations perturbées ou distendues avec les parents, diagnostic psychiatrique de psychose ou personnalité pathologique, abus de tabac et d'alcool. La prise de toxiques autres que des médicaments, ou des violences, ont caractérisé la tentative de suicide.

— Le type II (21 % des suicidants) est proche du type I. Il s'en distingue surtout par le fait que les sujets sont plus jeunes et font moins souvent l'objet de diagnostic psychiatrique, mais présentent souvent les facteurs de gravité décrits pour le type I.

Ces deux groupes de sujets (40 % de l'échantillon) expriment la même tendance à haut risque de récidive.

Les types III et IV, au contraire, comportent un pronostic global meilleur :

— Le type III (30 % des sujets) comprend en nombre équivalent des adolescents des deux sexes. Si les antécédents pathologiques sont moins importants que dans les groupes précédents, on note cependant la fréquence du décès d'un des deux parents, de suicides dans la famille. Par contre, on remarque leur bonne intégration familiale, l'affection et la compréhension des parents, le fait qu'ils ont effectué des études jusqu'à l'obtention d'un

diplôme, sont étudiants ou exercent une activité de cadre moyen ou employé. L'ensemble de ces données évoque un pronostic plutôt favorable.

— Le type IV, enfin, qui regroupe 30 % de l'échantillon, est composé en majorité de filles (8 sur 10). Ce groupe se distingue par l'absence de facteurs pathologiques, familiaux ou personnels, précis et mesurables, l'absence de diagnostic psychiatrique ou de difficultés psychologiques antérieures connues. Par contre, la relation avec la famille est insatisfaisante : le père, en particulier, est souvent décrit comme indifférent ou hostile. L'ennui, l'absence d'occupations hors du foyer, la préméditation de la tentative de suicide, sont particulièrement fréquents. Le pronostic sur le plan de la récidive du suicide doit être réservé, d'autant plus que les familles se sont montrées peu compréhensives et plutôt agressives qu'aidantes.

Conclusion

Les résultats de l'enquête d'épidémiologie descriptive, qui viennent d'être exposés, doivent être discutés à la fois sur le plan de leur fiabilité et de leur signification.

La méthodologie employée nous paraît avoir été de nature à assurer le recueil des données dans des conditions scientifiquement valables.

En effet, la prise en compte des suicidants hospitalisés dans les services hospitaliers publics et privés assure une représentation satisfaisante des tentatives de suicide à quelques exceptions près : les enfants d'une part, et d'autre part les suicidants non hospitalisés, soit parce que la mort a été rapide ou la découverte tardive, soit parce que la gravité du cas ne le justifiait pas :

— On a dit, au début de ce texte, combien l'approche du suicide des enfants est difficile (4). La dissimulation et la minimisation y sont maximales. Les résultats que nous donnons ne concernent que des sujets âgés de plus de 15 ans.

— Les suicidants non hospitalisés parce que morts avant, doivent en principe être connus, on l'a dit, par les certificats de décès. Pour améliorer l'information, une enquête spéciale a été mise en place avec l'aide du Pr J. Vedrinne à l'Institut Médico-

Légal. Il est trop tôt pour en donner les résultats. Tout, cependant, permet de penser que le nombre de suicides est plus élevé qu'il n'apparaît d'après les seuls certificats de décès. Les morts violentes, ou du moins les documents médicaux qui les concernent, suivent en effet des circuits administratifs qui rendent aléatoire la connaissance par l'I.N.S.E.R.M., de la cause exacte de la mort et éventuellement du suicide. Les taux de suicide risquent donc d'être, au moins localement, modifiés. Les tentatives de suicide soignées à domicile représentent un volume d'actes difficile à apprécier. Toutefois, il est probablement assez exceptionnel que l'hospitalisation ne soit pas conseillée après une intoxication médicamenteuse quelle qu'elle soit. La bénignité d'un nombre relativement élevé des cas recensés témoigne dans ce sens, la prise de médicaments est de très loin le mode de tentatives de suicide le plus fréquent. Il est cependant tout à fait probable que des phlébotomies précocement suturées et des traumatismes bénins échappent à l'hospitalisation, ou des tentatives de suicide peuvent a posteriori être camouflées par les intéressés, en accidents. Ceci signifie que les taux de tentatives de suicide indiqués sont sans doute aussi inférieurs aux taux réels. Il importe également de ne pas perdre de vue que les résultats obtenus dans l'agglomération urbaine de Lyon, qui peuvent être vraisemblablement étendus aux grandes agglomérations, ne doivent pas être étendus à d'autres zones (villes de moyenne ou de petite importance, villages ou zones rurales) sans vérification. (Une première vérification de ces résultats sera prochainement apportée par l'enquête effectuée pendant l'année 1980 dans le département du Bas-Rhin sous la direction du P[r] L. Singer, et dont l'analyse entre dans sa phase active).

Cependant, malgré ces lacunes, il n'en demeure pas moins vrai que l'ordre de grandeur des fréquences respectives du suicide et des tentatives de suicide dans la population générale nous paraît désormais assez bien connu : la cohérence des enquêtes de 1973 et 1980 dans l'agglomération urbaine de Lyon, l'évolution des taux de tentatives qu'elles ont permis d'observer, correspondant à l'évolution des taux de suicide sur le plan national, tout incite à penser que l'on dispose à présent de bases statistiques acceptables. Leur amélioration pourrait, certes, apporter des satisfactions intellectuelles, mais rien d'important ne peut en ressortir pour la compréhension, la prévention ou la thérapeutique des conduites suicidaires.

Les recherches d'épidémiologie analytique sur le suicide des adolescents démontrent donc que les adolescents suicidants diffèrent de manière significative, d'un échantillon représentatif de jeunes du même âge, par un certain nombre de « facteurs de risque ».

Les uns se situent dans l'environnement familial : dissociation familiale, antécédents d'alcoolisme, de suicide ou de maladie mentale, relations interpersonnelles perturbées ou carentielles.

D'autres se situent dans l'histoire de la personnalité de chacun et sont ou non corrélés aux premiers : troubles du caractère et du comportement, difficultés scolaires, sentiments d'ennui, d'insatisfaction, de mésestime. D'autres enfin, relèvent de l'examen d'un observateur extérieur : existence de troubles psychopathologiques ou psychiatriques.

C'est le cumul de ces difficultés qui donne à l'acte suicidaire à la fois sa plus forte probabilité et sa plus grande gravité. Sur tous ces points, la convergence des travaux français et européens est à remarquer.

Malgré l'absence relativement fréquente de préméditation (1 sujet sur 2 dans notre étude), malgré la bénignité apparente des motifs invoqués (et dont Haim a bien décrit le caractère d'écran devant les difficultés plus profondes), la tentative de suicide du jeune ne peut que rarement être considérée comme un orage imprévisible et passager.

Des symptômes multiples traduisent en effet, bien avant le passage à l'acte, sinon un état pré-suicidaire précisément défini, en tout cas un état de souffrance, de mal-être, dans lequel des signaux d'alarme auraient pu être entendus ou mieux compris. D'autre part, s'il est parfois utile, comme l'écrit Haim, de savoir tourner la page où s'inscrit la tentative, cela ne peut être fait sans réflexion ni assurance. La signification du passage à l'acte, la fréquence de la récidive, le pronostic réservé qu'elle comporte sur le plan vital, social et psychologique, exigent une évaluation attentive.

Certes l'adolescence n'est pas la seule période de l'existence où la tentative de suicide soit fréquente et préoccupante. Elle a fait cependant l'objet essentiel de nos recherches épidémiologiques sur le suicide pour plusieurs raisons. L'une, est l'hypothèse optimiste que la prévention primaire — et a fortiori secondaire — du suicide est possible d'où la nécessité d'en préciser les bases.

Une autre est que l'interférence des facteurs personnels, familiaux et sociaux, est d'autant plus importante que le sujet est jeune. L'épidémiologie pluridisciplinaire, adaptée à saisir la complexité des facteurs en jeu et à en éclaircir les inter-relations, apparaît donc particulièrement justifiée dans ses approches du suicide de l'adolescent.

Par contre, les enquêtes épidémiologiques auprès des adultes, quels qu'en soient les objets, ont à tenir compte, beaucoup plus que chez les jeunes, du biais de la mémorisation. La situation immédiate, les facteurs « événementiels » prennent le pas sur les antécédents, les données quantitatives, sur les données qualitatives, les diagnostics médicaux sur les tendances de la personnalité. Les résultats obtenus concourent plus à la thérapeutique qu'à la prévention. Ceci ne signifie pas que l'épidémiologie n'a rien à apporter à la connaissance du suicide et des tentatives de suicide de l'homme et la femme adultes, ou âgés. Ses objectifs cependant sont alors plutôt de vérifier, une à une, les hypothèses que soulève la clinique quant aux rôles respectifs de facteurs précis, par l'exemple d'ordre psychopathologique ou d'ordre social, etc..., plutôt que de tenter d'appréhender globalement comme nous le faisons auprès du jeune, les relations complexes entre facteurs psychologiques et sociologiques, socio-pathologiques et psychopathologiques.

Les recherches épidémiologiques, du reste, mettent en évidence aussi leurs propres limites : les sujets suicidants qui, objectivement, ne présentent aucun des « risques » décrits. Le risque, a écrit D. Schwartz, est « le résultat de l'ignorance et du hasard, le rôle de l'épidémiologie est de réduire la part de l'ignorance ». Aucune recherche ne réduira jamais cette part à zéro et on ne maîtrisera pas le hasard, ni heureusement les capacités imprévues et imprévisibles de la nature humaine à défier les lois et les pronostics.

BIBLIOGRAPHIE

(1) Bagley C., Greer S. — Clinical and social predictors of repeated attempted suicide. *British Journal of Psychiatry*, 1971, 119, 515-521.

(2) Buglass D., Horton J. — The repetition of parasuicide. A comparison of three cohorts. *British Journal of Psychiatry*, 1974, 125, 168-174.

(3) Chesnais J.C. — Les morts violentes en France depuis 1826. Comparaisons internationales. P.U.F., INED, 1976, n° 75.

(4) CHILAND C. — Les parents devant le suicide et la menace de suicide du jeune enfant. *Act. Pedopsych.*, 1979, 44, 163-167.

(5) DAVIDSON F., CHOQUET M. — Les jeunes et les drogues licites et illicites. Paris, INSERM, 1980, 1-90.

(6) DAVIDSON F., CHOQUET M. — Le suicide de l'adolescent. Paris, ESF, 1981.

(7) ETLINGER R. — A follow-up investigation of patients after attempted suicide. In : The Suicide Syndrome edited by R. Farmer and S. Hirsch, London, 1980.

(8) FACY F., CHOQUET M., LECHEVALLIER Y. — Recherche d'une typologie des adolescents suicidaires. *Social Psychiatry*, 1979, 14, 75-84.

(9) FARMER R. — The relationship between suicide and parasuicide. In : The Suicide Syndrome edited by R. Farmer and S. Hirsch, London, 1980.

(10) GETHIN MORGAN H. — Social correlates of non fatal deliberate SELF-HARM. In : The Suicide Syndrome edited by R. Farmer and S. Hirsch, London, 1980.

(11) HAIM A. — Les suicides des adolescents. Paris, Payot, 1969.

(12) HENDERSON A.S. et coll. — A typology of parasuicide. *British Journal of Psychiatry*, 1977, 131, 631-641.

(13) KIEV A. — Cluster analysis profiles of suicide attempters. *American Journal of Psychiatry*, 1976, 133, 150-153.

(14) KREITMAN N. — Parasuicide. John Wiley and sons. London, 1977.

(15) KREITMAN N., SCHREIBER M. — Parasuicide in Young Edimburgh Women, 1968-75. In : The Suicide Syndrome edited by R. Farmer and S. Hirsch, London, 1980.

(16) MENAHEM R. —Les conduites suicidaires. Année Psychologique, 1977, 2, 417-438.

(17) OTTO U. — Suicidal acts by children and adolescents. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1972, suppl. 233, 122 p.

(18) PHILIPPE A. — Mortalité par suicide en France : « étude des disparités régionales ». *Rev. Epidémiol. Santé Publique*, 1979, vol. 27, n° 5-6.

(19) PHILIPPE A. — Incidence du suicide, mode de suicide, zone d'habitation. *Méd. Lég. Toxic.*, 1980, vol. 23, n° 3.

(20) QUÉMADA N., FEILLARD J. — La population de l'infirmerie psychiatrique : ses caractéristiques individuelles, familiales et sociales. *Social Psychiatry*, 1980, 15, 4.

(21) SAINSBURY P., JENKINS S., LEVEY A. — The social correlates of suicide in Europe. In : The Suicide Syndrome edited by R. Farmer and S. Hirsch, London, 1980.

(22) SHEPHERD D.M., BARRACLOUGH M. — Work and suicide : an empirical evaluation. *British Journal of Psychiatry*, 1980, 136.

(23) STORK J. — Echelle d'évaluation du risque suicidaire. *La psychiatrie de l'enfant*, 1977, 20, 493-520.

(24) WEISMAN A.D., WORDEN J.W. — Risk-rescue rating in suicide assessment. *Archives of General Psychiatry*, 1972, 26, 553-559.

LES GROUPES A RISQUES

J. JACQ et O. QUENARD

I. — Introduction

L'idée que tous les individus d'une population donnée ne sont pas soumis aux mêmes risques est un des fondements de l'approche épidémiologique actuelle. Les recherches visent essentiellement à fournir des moyens d'évaluation des individus plus particulièrement exposés en vue de permettre la mise en œuvre de mesures de prévention appropriées.

L'étude des conduites suicidaires, envisagée dans cette orientation, amène d'abord à dégager la notion de risque suicidaire ; de cette notion, il faudra ensuite passer à l'évaluation du risque et à la définition éventuelle de groupe à risques différents. Dans un domaine aussi complexe que celui des comportements déviants, les aspects méthodologiques deviennent alors essentiels. Un bref rappel des résultats obtenus permettra ensuite de dégager les principales perspectives au niveau de la prévention.

II. — La notion de risque suicidaire

Le suicide d'une personne de notre entourage, surtout quand il est qualifié de « réussi », est souvent interprété comme la conséquence plus ou moins aléatoire d'un événement fortuit. Cet événement fortuit (on dit aussi élément déclenchant) semble a priori être pour le profane la cause principale du passage à l'acte. Si cette interprétation devait être retenue, la conduite suicidaire résulterait essentiellement de facteurs déclenchants

aléatoires. Les diverses études réalisées à ce jour montrent que tel n'est pas le cas, l'analyse des résultats obtenus à partir d'investigations relativement complètes amène à rejeter cette hypothèse d'interprétation causale un peu trop simpliste. La prise en considération de nombreuses caractéristiques individuelles et la mise en évidence de leurs interactions conduisent, dans certains cas, à considérer qu'il y a sur-détermination du comportement suicidaire.

Pour essayer de définir l'objet de notre étude, il faut d'abord bien préciser qu'elle ne porte pas exclusivement sur les suicides « réussis », mais plutôt sur un comportement déterminé, et qu'il nous paraît donc plus approprié d'employer comme le préconise L. Crocq (2), l'expression « conduite suicidaire ». Cette approche plus globale se justifie par diverses raisons. D'abord, il n'est pas possible sur des critères objectifs de classer les sujets suicidants en deux groupes selon qu'ils auraient ou non eu l'intention de se donner la mort. En outre, l'examen de divers cas particuliers montre aussi qu'il existe un « chantage au suicide », mais que ce chantage peut aussi conduire à des « suicides réussis ». Dans ces conditions, une distinction basée sur la volonté consciente du sujet serait donc relativement arbitraire. En fait, diverses considérations amènent à situer la conduite suicidaire comme un modèle de comportement.

Pour l'épidémiologiste, la conduite suicidaire dans son ensemble peut être considérée comme une expression de la morbidité sous-jacente d'une population déterminée. Cette approche conduit à s'intéresser aux relations qui existent entre les divers comportements déviants, tels que ceux qui concernent l'alcoolisme, la toxicomanie, la délinquance, les conduites à haut-risques, les accidents de véhicules à moteur, etc.

La mise en œuvre de recherches expérimentales vise précisément à essayer de vérifier la validité des diverses hypothèses ou théories qui ont été formulées pour expliquer les conduites déviantes. Ces recherches concernent la mise en évidence de facteurs de risques ou de groupes à risques qui pourraient être associés à ces conduites.

III. — La recherche de groupes à risques

Devant la diversité des conduites déviantes, le chercheur est amené à essayer de classer les comportements en fonction de leur similarité. C'est à partir de démarches de ce type que se sont élaborées les premières nosographies médicales. La construction d'une classification résulte en effet du souci du scientifique de mettre de l'ordre en regroupant ensemble ce qui se ressemble. Pour les disciplines concernant les sciences du comportement, cette tendance n'est pas nouvelle, mais les moyens d'exploration qui permettent de recueillir sur un même individu de nombreuses informations, ainsi que les moyens d'exploitation des résultats (basés sur l'emploi de l'informatique) deviennent d'année en année plus opérationnels.

Les méthodes développées dans cette perspective relèvent soit de l'approche factorialiste, soit de l'approche taxonomiste. L'approche factorialiste consiste à essayer de dégager des facteurs sous-jacents, en nombre restreint, susceptibles d'expliquer la variabilité d'un grand nombre de paramètres. L'approche taxonomique vise à construire des groupes d'individus en fonction de leur ressemblance évaluée à partir d'un certain nombre de paramètres. La segmentation consiste à séparer la population étudiée en différents groupes à partir de variables successives, tandis que la typologie consiste à regrouper les individus en types différents en fonction de leurs caractéristiques communes.

Ces diverses méthodes sont complémentaires et peuvent être employées en fonction des données recueillies et des objectifs visés. La segmentation est particulièrement bien adaptée à la constitution de groupes à partir de variables socio-démographiques qui permettent de répartir la population en différents groupes de comportement très différent, tels que ceux qui relèvent du suicide des jeunes ou des personnes âgées. L'approche factorialiste ou l'approche typologique sont mieux adaptées à une étude plus fine de populations relativement homogènes et définies par de nombreuses variables recueillies par des questionnaires psycho-sociologiques.

1.1. Etudes réalisées à partir de variables socio-démographiques

Les approches socio-démographiques visent à segmenter la population globale en plusieurs groupes présentant une certaine similarité de situations.

L'étude sur l'état de la suicidologie présentée par A. Philippe et F. Davidson dans le cadre de cet ouvrage constitue une mise à jour très récente de cet aspect. Elle permet de dégager des groupes de conduite suicidaire très différents, caractérisés soit par l'âge, le sexe, le milieu social, l'urbanisation, la profession, etc.

La distinction de ces groupes correspond à des conditions d'environnement ou de contexte très différentes et est donc un élément indispensable à la définition des échantillons pour la réalisation d'études plus ponctuelles. Par ailleurs, les mesures de prévention correspondant à chacun de ces groupes présentent une certaine spécificité.

2.2. Etudes réalisées à partir de questionnaires psycho-sociologiques

Les questionnaires psycho-sociologiques constituent l'outil indispensable au recueil de données homogènes sur un échantillon représentatif de la population étudiée. Permettant d'obtenir sur chaque sujet plusieurs centaines de paramètres différents concernant soit leur mode de vie, soit leurs opinions ou leurs attitudes, ils rendent possible une approche individuelle similaire et complémentaire de celle du clinicien ou du psychologue et une approche collective analogue à celle du sociologue.

L'utilisation des méthodes d'inspiration mathématique évoquées ci-dessus ne peut se faire que si on dégage les relations qui existent entre les différentes approches qui concernent l'épidémiologie, les facteurs de risque ou les facteurs de personnalité.

a) L'APPROCHE ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET LES MALADIES MENTALES.

Limitée à l'origine à l'étude des maladies infectieuses, l'épidémiologie est devenue l'étude synthétique au niveau collectif de l'influence de divers facteurs individuels et de l'environnement sur la répartition des diverses maladies et phénomènes biologiques ou sociaux atteignant les hommes.

D'après R. Bastide et F. Raveau (1), l'épidémiologie des maladies mentales vise à découvrir si le risque de contracter une maladie mentale est plus grand parmi les individus présentant une certaine caractéristique que parmi ceux qui ne la présentent pas. C'est aussi la découverte d'indicateurs des désordres mentaux chez les individus ; le regroupement de ces individus selon la similarité de ces indicateurs ; l'étude des corrélations entre les groupes d'individus ainsi formés et un certain nombre de variables indépendantes jugées comme devant être en connexion probable avec ces désordres.

En fait, l'idée directrice des recherches concernant l'épidémiologie des maladies mentales est que les risques de contracter une maladie mentale dépendent dans une certaine mesure des caractéristiques individuelles, de l'environnement, du milieu social ou de la profession. Il serait donc intéressant de déterminer des facteurs de risques généraux ou spécifiques qui pourraient, le cas échéant, servir de base à l'élaboration de mesures de prévention individuelle ou collective.

L'expression « épidémiologie des maladies mentales » est à prendre dans un sens large. L'approche épidémiologique n'est pas limitée à la recherche des facteurs de risque inhérents aux maladies mentales. La même problématique se transpose à l'étude des conduites déviantes associées aux inadaptations majeures, telles que la toxicomanie, la tentative de suicide ou la délinquance. Pour l'épidémiologiste, il n'est pas indispensable que ces conduites soient liées ou non à des maladies mentales, l'essentiel est qu'elles existent, qu'il soit possible de les observer et qu'elles correspondent à un phénomène relevant d'une certaine entité. C'est en effet seulement dans la mesure où les diverses conduites ou comportements déviants présentent des analogies structurelles que leur étude est envisageable.

L'examen de la bibliographie concernant les conduites inadaptées montre que les chercheurs font souvent l'hypothèse plus ou moins intuitive, que tous les individus ne présentent pas les mêmes risques. L'importance des diverses traversées institutionnelles, famille, école ou profession, y est souvent évoquée. La mise en évidence de facteurs de risque associés aux désordres mentaux se heurte toutefois à diverses difficultés. Il faut construire une méthologie d'étude qui assure une prise en considération de contraintes parfois contradictoires.

Il est, par exemple, nécessaire de recueillir des informations d'une manière aussi objective que possible, mais il faut aussi que ces informations soient pertinentes, qu'elles concernent le phénomène étudié et qu'elles se prêtent, le cas échéant, à la validation des hypothèses. Il faut ensuite disposer de moyens et de méthodes d'interprétation des résultats dans une perspective qui intègre d'une manière étroite les modèles d'analyse des données, les disciplines concernées, les données recueillies et les diverses approches.

b) Facteurs de risque et facteurs de personnalité.

L'approche épidémiologique traditionnelle se propose d'évaluer l'influence d'une caractéristique particulière sur un risque donné. On essayera, par exemple, de déterminer si le fait de fumer augmente la probabilité d'avoir un cancer du poumon.

Dans les applications relevant des sciences humaines, il est rare qu'une caractéristique particulière soit suffisante pour permettre une appréciation relativement sûre d'un risque donné. Il est donc préférable d'établir la notion de facteur de risque sur la conjonction de plusieurs caractéristiques. C'est dans une synthèse entre l'approche psychométrique traditionnelle et la démarche épidémiologique que se situe cette approche.

L'idée directrice est que certains facteurs de la personnalité sont susceptibles d'être associés à des risques divers. Il est donc possible d'employer des méthodes similaires pour mettre en évidence ou pour construire des facteurs de risque.

L'étude des facteurs de risque se situe toutefois dans une perspective différente de l'étude des facteurs de personnalité. Il est nécessaire que soient définies ou précisées certaines notions qui interviennent dans la phase de réflexion préalable à la formulation du problème ainsi que lors de l'interprétation des résultats. Les facteurs étudiés se répartissent en différentes catégories :

— les facteurs d'environnement qui visent à définir le milieu (ou les divers milieux) où vit et évolue l'individu ;

— les facteurs de dépression qui évaluent l'état du sujet ;

— les facteurs associés à diverses règles de comportement ou de conduite des sujets et qui sont susceptibles de traduire l'existence de lois intériorisées.

Les idées qui sont à l'origine de cette approche résultent de travaux antérieurs et de diverses observations cliniques. Il s'agit, au cours de ces recherches, de vérifier sur un plan général la validité des hypothèses sous-jacentes. La définition opérationnelle des hypothèses consiste à essayer de relier chaque hypothèse aux items du questionnaire, en vue de vérifier la concordance éventuelle entre les modalités des items retenus. La conjonction des caractéristiques individuelles traduit l'existence d'un facteur dont il importe ensuite de vérifier l'association au risque donné, et le cas échéant, la valeur prédictive.

Ces travaux ont été présentés dans plusieurs publications rappelées en référence (3, 4, 5, 8), ils seront brièvement illustrés ici à propos de l'étude de la conduite suicidaire chez les jeunes.

c) Etude des conduites suicidaires.

Cette recherche a été réalisée en collaboration avec l'Institut de Médecine Légale de Lyon, à partir d'un questionnaire psychosociologique comprenant 217 items. Ce questionnaire a été soumis à 143 sujets ayant effectué une tentative de suicide et à 174 sujets témoins.

Une première analyse statistique élémentaire a permis de mettre en évidence 96 items pour lesquels les pourcentages de réponses entre les sujets suicidants et les témoins sont significatifs (pour 56 items, les différences sont même hautement significatives : risque de première espèce < 1/1 000).

La seconde étape a été orientée vers la construction de facteurs de risque. Un facteur relatif au vécu des relations individuelles s'est révélé être étroitement associé à la conduite suicidaire. Il y a une très nette altération du vécu des relations individuelles chez les sujets suicidants.

En considérant que ce facteur d'évaluation du vécu des relations individuelles est un indice d'une certaine morbidité sous-jacente de la population étudiée, il est possible de rechercher les liaisons entre les autres items du questionnaire et cette morbidité.

Certains concernent la cohabitation ou le changement de domicile (vivre seul, avoir déménagé plus de quatre fois) ; d'autres concernent la situation professionnelle (être au chômage, avoir exercé plus de quatre emplois, ne pas trouver son travail

intéressant, vouloir changer de métier ou avoir des difficultés dans son travail) ; les loisirs et les vacances interviennent aussi (ne jamais prendre de vacances ou les prendre seul, ne jamais pratiquer de sport, ne jamais bricoler, ne jamais sortir en soirée, etc.) ; les antécédents familiaux, tels que le décès des parents, ou leur séparation, l'absence de la mère au foyer, ou les antécédents des parents (alcoolisme, troubles nerveux, dépression, etc.) interviennent aussi, ainsi que certains antécédents personnels (troubles nerveux, démêlés avec la justice). Enfin, le fait de consommer régulièrement des médicaments, de l'alcool ou du tabac est également hautement significatif. L'influence des drogues est également très importante puisqu'elle se manifeste déjà pour des sujets qui déclarent en consommer exceptionnellement.

Cet ensemble de résultats dont la signification statistique est très élevée (les risques de première espèce sont souvent compris entre 10^{-6} et 10^{-15}) prouve indéniablement que l'altération du vécu des relations individuelles est un facteur de risque de la conduite suicidaire. Une étude récente réalisée par Peyronnel (6) apporte d'ailleurs une confirmation de la validité de ce facteur de risque. Le fait que ce facteur soit également dépendant de divers autres éléments tels que la consommation des médicaments, de l'alcool, du tabac ou des drogues montre qu'il n'est certainement pas spécifique de la conduite suicidaire, ce qui conduit à penser que les conduites déviantes pourraient avoir un fond de morbidité commun.

IV. — Perspectives au niveau de la prévention

La mise en évidence de facteurs de risque et de groupes à risque est susceptible de servir de fondement à l'élaboration de mesures de prévention appropriées. Adopter des mesures de prévention qui ne seraient pas fondées sur une connaissance objective reviendrait en effet à demander aux gens de modifier leur comportement sans aucune preuve de l'efficacité des mesures préconisées. En outre, on serait amené à se prémunir contre des risques plus ou moins imaginaires et à s'entourer en quelque sorte d'une série de tabous. On ne peut guère présumer qu'un tel comportement phobique serait bénéfique à la santé mentale des intéressés.

La découverte de facteurs de risque ne se répercute toutefois

pas directement au niveau de la prévention. Si la méthodologie statistique permet de mettre en évidence les relations qui existent entre le risque et certains facteurs, il est plus difficile de présumer des relations causales qui peuvent exister entre les facteurs et les risques concernés. Pour agir au niveau de la prévention, il faut que le facteur de risque soit causal et qu'on puisse le modifier. Un exemple nous permettra de mieux cerner ce problème.

Notre étude sur les jeunes suicidants montre que l'altération des relations individuelles est un facteur de risque associé à la conduite suicidaire. Cette constatation (confirmée par divers travaux dont ceux de M. Plamandon (7) au Québec) ne permet pas de déduire que cette altération soit systématiquement un élément causal car elle peut être le résultat d'un tiers facteur, tel que l'existence d'un état psychotique, par exemple. En fait l'altération des relations individuelles peut être due à plusieurs causes, voire à une combinaison successive de causes faisant intervenir soit des facteurs individuels soit des facteurs d'environnement. On constate, par exemple, que cette altération s'accroît avec le nombre de déménagements et que la moyenne du groupe qui a effectué quatre déménagements ou plus est singulièrement élevée.

Les déménagements successifs de la famille posent certainement aux enfants de nombreux problèmes de réinsertion. Ces déménagements peuvent résulter d'une instabilité familiale plus ou moins grande ou être occasionnés par des contraintes professionnelles diverses. Par ailleurs, la mobilité familiale constitue certainement un paramètre sur lequel il est difficile d'agir ; que peut-on conclure au niveau de la prévention de ces éléments ? D'abord que la notion de facteur de risque et de causalité est relativement complexe ; il serait plus exact de considérer comme J.-P. Benzecri que nous avons une hiérarchie des causes qui interviennent successivement aux divers stades de structuration de la personnalité. Ce qu'il faut savoir, c'est que les déménagements successifs posent aux enfants des problèmes de réinsertion et qu'il y a un effet cumulatif, mais il faut aussi savoir que l'altération des relations individuelles ne dépend pas que de ce paramètre, et par conséquent essayer de jouer sur les autres éléments. Lors d'un changement de domicile, les relations parentales sont primordiales pour les enfants, il faudra donc y accor-

der un soin particulier et favoriser des mesures de réinsertion. Le problème naît souvent du fait que les parents ne sont pas conscients de l'importance de certains indices. Les recherches expérimentales peuvent avoir leur utilité pour dégager objectivement les indices liés à une conduite déviante.

V. — Conclusion

La recherche de groupe à risque est susceptible de servir de fondement à l'élaboration de mesure de prévention. Les moyens dont nous disposons actuellement en sont encore au stade expérimental et relèvent plus d'études prototypes que d'une recherche systématique. Les résultats obtenus sur les applications concernant diverses conduites déviantes sont cependant très concluants et invitent à une réflexion épistémologique sur la notion de risque suicidaire, sur son évaluation et sur l'utilisation des résultats en vue de la prévention.

BIBLIOGRAPHIE

1. Bastide R., Raveau F. — Epidémiologie des maladies mentales. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale - Psychiatrie*, 1974, 11 p.
2. Crocq L. — Les conduites suicidaires en milieu militaire. In « Le suicide ». *La documentation française*, 1975, 119-136.
3. Defayolle M., Jacq J., Hanauer M.T. — Les environnements primaires et habituels du toxicomane. Enquête épidémiologique et étude expérimentale de la conduite toxicomaniaque en face des environnements. In : Le toxicomane et ses environnements par J. Bergeret. Recherche INSERM. P.U.F., 1980, p. 13-115.
4. Jacq J., Maigrot J.C., Ridu-Long N., Hanauer M.T., Defayolle M. — L'évaluation des facteurs de risque dans l'épidémiologie des maladies mentales. Travaux Scientifiques C.R.S.S.A., 1978, F 93, 333-334.
5. Jacq J., Maigrot J.C., Hanauer M.T., Defayolle M. — Approche expérimentale des conduites déviantes à l'aide de questionnaires psycho-sociologiques ; Travaux Scientifiques C.R.S.S.A., 1980, 13 p.
6. Peyronnel G. — Contribution à l'étude des facteurs latents de la conduite suicidaire. Thèse de doctorat en médecine. Université de Saint-Etienne, 1980, 66 p.
7. Plamondon M., Dionne P.Y. — Les morts violentes chez les jeunes au Québec. Conférence présentée au 10e Congrès International pour la prévention sur le suicide et l'intervention en cas de crise à Ottawa en 1979 : 83 p.
8. Quénard O., Jacq J., Dussuyer I., Buffard G., Maigrot J.C., Abane M.A., Morel J., Vedrinne J. — Les données méthodologiques récentes (évaluation des facteurs latents de la conduite suicidaire par l'analyse factorielle des correspondances) permettent-elles de mieux répondre au phénomène suicide ? *Psychologie Médicale*, 1978, *10*, 3, 523-533.

CHAPITRE III

PREVENTION - TRAITEMENT

PREVENTION ET TRAITEMENT DU SUICIDE

D. WEBER et J. VEDRINNE

Praticiens de l'hôpital et de l'Institut de Médecine Légale, nous sommes confrontés à la question du suicide essentiellement après le passage à l'acte, encore qu'un certain nombre d'hospitalisations sont motivées par des idées de suicide; ces idées constituent actuellement un symptôme suffisamment sérieux pour nécessiter aux yeux des médecins de l'urgence (S.O.S. médecins, médecins de famille, ainsi que médecins des Services d'Urgence Médicale) une hospitalisation rapide.

Thérapeutes de suicidants, nous sommes évidemment sensibilisés à tout ce qui précède le passage à l'acte; aussi, pour nous, prévention et traitement sont-ils souvent imbriqués, voire indissociables.

Prévention et traitement, pourquoi ?

En tenant compte à la fois des suicides effectifs et des tentatives de suicide, on peut se dire que plusieurs millions de personnes dans le monde tentent de se tuer ou y parviennent chaque année.

Au fil des années, les chiffres sont globalement assez stables, au point d'être parfois considérés comme incompressibles, inéluctables. Ce constat est probablement responsable de l'absence de mobilisation, à propos de la prévention, dans notre pays: en effet, on peut observer que le phénomène suicide préoccupe relativement peu les pouvoirs publics, par rapport à d'autres manifestations apparemment plus actuelles, mais infiniment

moins mortifères, comme la toxicomanie (René Lenoir, dans « Les Exclus » (7) dénombrait en 1974, 165 000 suicidaires et 5 000 à 35 000 toxicomanes relevant d'une action préventive).

Pourtant, le suicide ne fait l'objet que de subventions épisodiques et modiques et d'aucun équipement sanitaire particulier; l'intérêt des cliniciens tend parfois à se calquer sur cette position politique, délaissant l'aide aux suicidants au profit de la lutte contre la toxicomanie, tellement plus « à la mode » ou « digne d'intérêt ». Pourtant, les années 1970-75 ont été favorables à une certaine sensibilisation, appuyée par les pouvoirs publics: l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) a publié deux plaquettes sur le suicide dans le monde, en 1969 et 1975 (3, 4) dont la fonction était « d'appeler l'attention des autorités sanitaires nationales et locales sur l'ampleur et la nature du problème du suicide et sur les possibilités de prévention ».

Le Ministère de la Santé, pour sa part, réunissait en 1972 à l'initiative du Docteur Charbonneau, les principaux spécialistes français du suicide; cette rencontre a fait l'objet d'une publication (9), mais n'a été suivie d'aucune autre rencontre analogue, ni de décisions pratiques.

On ne dénombre que quelques regroupements scientifiques centrés sur le suicide: une Association Internationale pour la Prévention du Suicide, qui organise tous les deux ans une confrontation internationale, et quatre organisations nationales, aux Etats-Unis, en Allemagne, en Belgique et en France (où le Groupement d'Etudes et de Prévention du Suicide, créé en 1969, organise tous les ans une journée d'études).

La rareté des organisations et des travaux de recherche actuels tend à montrer que beaucoup s'accoutument de la mortalité suicidaire. Cette attitude, la plus courante, s'étaie sur diverses observations:

— la pulsion de mort est quelque chose de biologique; dès lors, un certain nombre de personnes s'y soumettent de temps en temps, participant ainsi d'une sorte de « sélection naturelle » comme la mortalité infantile autrefois;

— la passivité devant l'ampleur d'un tel phénomène (8 à 10 000 morts par an en France) traduit son acceptation implicite par le corps social; ce fût aussi le cas, pendant longtemps, des morts sur la route.

Le suicide, comme d'autres formes de violence, ne peut-il être interprété comme une forme moderne de rite sacrificiel, destiné à maintenir une certaine cohésion sociale ?

— D.W. Winnicott, de son côté, écrit que la violence de l'adolescence est comparable à la cruauté de la « guerre qui n'aura pas lieu ». La tentative de suicide d'un membre du groupe est une forme de violence utile pour tous les autres membres: « en quelque sorte les individus membres du groupe utilisent les extrêmes pour les aider à se sentir *réels*, dans leur lutte pour traverser cette période, ce « pot au noir » (14).

— Gaston Bouthoul (2) parle à propos des suicides mais aussi de la délinquance juvénile ou des « accidents » *d'infanticides différés;* il estime que ces conduites traduisent un désir parental mortifère que les victimes réalisent elles-mêmes, dans un second temps;

— Jean Baechler considère le suicide comme une constante sociologique. Son analyse des données statistiques « inélastiques » le conduit à penser que toute prévention ne servirait à rien, sinon peut-être à augmenter le nombre de tentatives de suicide (1).

— certains praticiens voient dans la tentative de suicide une manière de traitement de la crise; on constate, en effet, chez bon nombre de tentatives de suicide médicamenteuses une certaine « sérénité » au réveil, une sorte d'apaisement. De même, il est classique d'observer dans les services de traumatologie que les malades psychiatriques qui se sont défenestrés délirent moins après leur geste ou adoptent un comportement plus « normal »: tout se passe comme si le geste suicidaire était en lui-même thérapeutique. Cette façon de voir, qui reflète la description clinique du moment, ne tient pas à l'épreuve du temps et confond ce qu'on pourrait appeler un apaisement de la tension avec une éventuelle modificatoin des conflits internes ou externes qui étaient à l'origine de cette tension;

— la stabilité des chiffres de mortalité par suicide en France, au regard du développement de l'hygiène mentale entraîné par la politique de psychiatrie de secteur (1960) peut faire penser que la prévention du suicide est inutile ou inefficace; mais une telle opinion ne tient pas compte de l'accroissement

démographique qui est sans effet sur le nombre de morts: autrement dit, le taux de mortalité par suicide, pour une population donnée, apparaît en baisse.

A l'opposé de cette attitude fataliste, il s'en trouve une autre selon laquelle la prévention et le traitement pourraient éviter tous les suicides. Cela ne dépendrait alors que d'une question de moyens: si l'on se décidait enfin à investir vraiment, à prendre tous les moyens nécessaires, il deviendrait alors possible d'éviter tous ces morts...

Ce genre d'argumentation réapparaît chaque fois qu'une organisation quelconque, politique, syndicale ou autre, cherche à exploiter une situation sociale donnée: les auxiliaires victimes de l'éducation nationale, les commerçants victimes des contrôleurs fiscaux, les conditions de vie à l'armée, ou dans les prisons, etc.

Avec cette réduction du suicide aux seules difficultés sociales, ce qui appartient au sujet et à lui seul est sacrifié à la cause collective. L'information livrée par les mass media reflète fréquemment cette distorsion: R. Menahem, dans son analyse du comportement de la presse par rapport au suicide, a montré que chaque journal utilise cette conduite pour dénoncer un autre scandale, directement lié à l'idéologie du journal considéré (8).

Entre ces deux attitudes opposées — le « rien à faire » et le « tout est possible » — se situe toute une plage d'observations et d'interrogations que nous pouvons ainsi refléter:

— On sait que si le chiffre global des suicides n'évolue guère, la mortalité féminine augmente, surtout parmi les jeunes, alors que la mortalité masculine est en régression (5).

— On sait aussi que le rapport du nombre de tentatives de suicide sur le nombre de suicides accomplis est extrêmement variable selon l'âge et le sexe (de 160 à 1,2), traduisant des différences notables quant au désir de mort et au risque létal.

— On connaît, après les travaux de Schneider, l'importance significative de la surmortalité des personnes ayant effectué une tentative de suicide (surmortalité suicidaire ou organique) (11).

Ces observations montrent qu'il existe des groupes « à risque » plus ou moins élevé.

— Les études de risque font état de causes multifactorielles parmi lesquelles il est bien difficile de discerner les aspects importants des aspects secondaires (6).

— Les variations du suicide sont difficiles à interpréter et à maîtriser. L'étude des variations climatiques du suicide par exemple semble avoir en elle-même une fonction dont il est difficile de se passer: la plupart des ouvrages en font état bien que, depuis l'analyse statistique très fine et rigoureuse qui l'invalide (12), ce facteur ne devrait plus être évoqué. Et pourtant...

— L'étude géographique des taux de mortalité par suicide est aussi déroutante; elle montre que c'est à la campagne qu'on se suicide le plus: la vie communautaire que les citadins imaginent être un facteur de prévention du suicide, s'avère inopérante à protéger les habitants de la campagne contre le suicide.

— La baisse notable du taux de suicide en Grande-Bretagne est aussi difficile à comprendre: faut-il y voir l'action préventive des Samaritains ? Faut-il y voir l'effet de la dépénalisation du suicide (1961) ou d'une meilleure utilisation des psychotropes ?

— Les périodes de crises ont des incidences différentes sur les taux de suicide: on sait qu'ils diminuent pendant les guerres, alors que si l'on a pu observer une augmentation des suicides lors de la crise économique de 1929, ce n'est pas le cas d'autres crises.

— Enfin, pour le suicide comme pour l'homicide ou la délinquance, le passage à l'acte reste un mystère dont l'élucidation nous échappe encore.

Toutes ces argumentations ne peuvent guère satisfaire le praticien, confronté non à des groupes sociaux mais à des sujets souffrants; tout praticien qui choisit de rencontrer des suicidants exprime dans ce choix sa préccupation par rapport à la mort contre laquelle, la plupart du temps, il cherche à lutter. Ce préalable à la rencontre constitue d'ailleurs souvent une difficulté: tout comme le réanimateur se fait un devoir de réanimer le suicidant avant même de pouvoir parler avec lui, ce qui n'est guère discutable, certains praticiens en « psy » et notamment à leurs débuts, pensent que tout suicidant *doit* vivre; tout ce qui vise la mort est alors dénié par une argumentation sur les « bons côtés » d'une vie qui ne peut que valoir la peine d'être vécue.

A l'opposé de cette conviction, il en existe une autre tout aussi dangereuse sinon plus, qui consiste à penser que l'autre va inévitablement mourir, qu'il ne peut en être autrement, qu'il est trop malade et condamné, mais par qui ?

Entre ces deux attitudes, il nous semble difficile d'être thérapeute sans pouvoir entendre authentiquement la force du désir de mort du suicidant ; celui-ci se montre souvent soulagé lorsqu'il voit son désir respecté parce que reconnu par le thérapeute.

Si l'expérience et la formation permettent de modifier les réactions des soignants, le suicide n'en reste pas moins difficilement acceptable par quiconque y est réellement confronté.

Prévention et traitement, de quoi ?

Il n'existe pas de geste suicidaire sans crise existentielle ; celle-ci est difficile à repérer, si bien qu'on a tendance à penser que le geste est un repère parmi les plus sûrs. Il faut nuancer cette opinion : en effet, le geste suicidaire peut aussi bien se situer à l'aurore de la crise qu'à son terme ; de plus, s'il la révèle et la rend publique par le biais de l'intervention des services publics (pompiers, police secours, hôpital) il reste parfois d'ordre privé, secret, ou se trouve dénaturé par l'intéressé ou son entourage (il devient alors coïncidence, surdosage, erreur d'attention, etc.).

Cependant il est fréquent que ce geste soit annoncé plus ou moins clairement par le suicidaire.

En amont du geste, les propositions de verbalisation peuvent permettre une certaine élaboration des difficultés personnelles, voire leur liquidation, et ainsi faire l'économie du passage à l'acte.

La prévention et le traitement consistent à trouver une voie d'expression et de gestion de la crise aux moindres frais pour la personne intéressée et dans l'ordre de la vie.

Deux objectifs apparaissent ici : la prévention du risque létal et le traitement de la crise.

I. — Prévention de la mort.

De façon générale, on ne peut nier l'effet d'un certain nombre de mesures pratiques : contrôle des prescriptions médicales, conditionnement des médicaments, création de Centres Anti-Poisons, des Services d'Urgence Médicale et Toxicologique, des

Services d'Aide Médicale Urgente, de S.O.S. Médecins, ainsi que des incontestables progrès de la réanimation (le pourcentage de décès des suicidants par intoxication arrivant en vie à l'hôpital est aujourd'hui inférieur à 1 %).

Ces données sont sans effet de prévention sur le geste ; il nous arrive même de penser que toutes ces garanties de survie incitent certains suicidants à utiliser les structures de soins avec apparemment peu de risques. C'est le cas de cette adolescente qui, avant de s'endormir sous l'effet des médicaments, avait laissé ce mot à sa camarade de chambre: « Ne t'inquiète pas, je suis au pavillon N; viens me voir ». C'est parfois aussi le cas de ces patients qui, en guise de lettre d'adieu, griffonnent sur un papier les noms et quantités de produits ingérés. L'hôpital devient alors le prolongement presque naturel du domicile tout comme, inversement, le domicile peut devenir une extension de l'hôpital, avec les soins intensifs de réanimation prodigués par le SAMU: telle patiente, après une intoxication médicamenteuse grave, fait à son domicile un arrêt cardiaque, au moment même de l'arrivée du SAMU qui, sur place, fût à même de la sauver.

La prévention de la mort ne concerne évidemment plus les suicides accomplis : leur étude permet cependant d'en repérer a posteriori les signes annonciateurs et constitue une aide psychothérapique pour l'entourage du mort.

Par contre, elle concerne aussi bien les tentatives de suicide « déclarées » comme telles par les intéressés, comme les idées suicidaires, les conduites à risques, les conduites d'échec, voire certaines maladies dont la mort constitue peu ou prou l'objectif ou le risque.

Le risque létal apparaît très variable, ce que souvent les soignants supportent mal, préoccupés qu'ils sont de l'ordre institutionnel et de la maîtrise de ce qui se passe chez le patient. Alors, la tentation est grande, et pas seulement pour les médecins, de ne considérer la mort que sous son aspect biologique; la mort biologique n'est-elle pas un des seuls dénominateurs communs entre tous les individus, une des certitudes les plus solides ?

Partant de là, le suicidant qui, du point de vue des soignants n'a pas pris les moyens suffisants pour risquer réellement sa mort, devient simulateur, usurpateur... Plus le risque létal est faible, plus les appellations sont dévalorisantes et, parfois, la thérapeutique agressive: c'est ainsi que le traditionnel « lavage d'estomac »

a pu être utilisé comme dissuasion de la récidive et sans indication médicale sérieuse. Et, puisque nous l'évoquons, pourquoi a-t-il fallu attendre si longtemps pour remplacer ce pénible « lavage » par l'actuel sirop d'IPECA ? N'était-ce pas une certaine façon de « faire payer » au suicidant son impertinence à l'égard de ceux qui, de par leur profession, « savent » ce qu'est la mort ? Puis, en sortant de l'hôpital, le suicidant ne va-t-il pas encore tomber sous le coup de la loi Berger — qui n'est que projet — et payer à nouveau son geste ? Ce projet de loi, alléguant des arguments d'économie et d'équité, recherche à rembourser à des taux moindres les patients jugés « responsables » de leur pathologie (alcoolisme, tabagisme...).

C'est bien chez nous, en France, qu'au Moyen Age, on suppliciait le corps des suicidés...

Qui soigne-t-on en l'occurrence ? De quoi les soignants se déchargent-ils sur le suicidant ?

Les « motivations » des suicidants et celles des soignants des services qui les accueillent se rencontrent au moins sur deux points : courir des risques et côtoyer la mort. Risquer sa mort et faire profession de la combattre participent de la même pulsion et installent les protagonistes dans un système de projections réciproques où chacun se croit autorisé à penser que l'expression de l'autre lui est adressée.

Rétablissons les choses : le suicidant ne se suicide pas par rapport aux soignants (sauf peut-être lorsque les uns et les autres se connaissent déjà) et le message qui est exprimé par le geste n'est pas non plus destiné aux soignants. De plus, rien n'est plus dangereux, selon nous, que d'estimer le désir de mort à partir des seuls critères de dangerosité toxicologique ou autres critères médicaux. Les critères les plus valables sont ceux de l'intéressé, sur lequel il convient de se recentrer. On verra par ailleurs que ces critères permettent de se faire une idée de ce qui est visé au plan imaginaire.

L'expérience acquise dans un service d'urgence médicale (où l'on ne rencontre que les survivants et où la connaissance des décès ne nous parvient qu'épisodiquement) nous incite à penser qu'à ne considérer les suicidants que par rapport à leur éventuelle mort biologique, on s'interdit d'en « comprendre » la plupart.

II. — TRAITEMENT DE LA CRISE.

Si la mort n'est pas l'objectif premier, que vise le suicidant ?

La situation apparemment la plus claire est celle du malade mélancolique, qui, sans prévenir quiconque et après de minutieux préparatifs, accomplit un geste « sans appel » qui bien souvent met fin à son existence. On peut penser alors que la mort est seule visée, sans ambiguïté; d'ailleurs, ne dit-on pas que le mélancolique « ne se rate pas ».

Pourtant, l'agression du mélancolique vise aussi l'autre. Que se passe-t-il dans ce cas ?

Dès sa naissance, le choix de ses « objets d'amour » est davantage déterminé par ce qui lui ressemble (et qui vient le conforter dans son être même) que par ce dont il diffère ou qui dépend d'un autre (c'est-à-dire dont il contrôle moins la permanence): ce choix a pour fonction de lutter contre les possibilités de défaillance des objets d'amour. Cette tentative est évidemment irréelle puisque la loi de toute relation véritable est qu'il y ait échange entre des personnes différentes.

Partant de là, le mélancolique n'échappe pas à la règle et se trouve confronté un jour ou l'autre à la défaillance de l'objet; il ne peut alors que s'en vouloir à lui-même puisqu'il n'est pas distinct de cet objet, c'est-à-dire de l'autre, et s'accuser de n'avoir pas mérité son amour; c'est ce qu'il exprime en s'affublant des pires défauts; la mort qu'il vise concerne à la fois l'objet qui lui fait défaut et lui-même qui n'en est pas digne et qui est incapable de vivre de façon autonome. C'est dire qu'à propos du suicide qui apparaît le plus univoque, l'autre est présent, même si sa personne n'est pas directement visée.

Tout suicide en effet implique à la fois soi et autrui et confronte son propre désir à celui d'un autre: m'aime-t-il ? Cette question apparaît primordiale dans bon nombre de tentatives de suicide, et de suicides : le geste force l'autre à prendre position, en même temps qu'il exprime le caractère vital de la question.

Il peut s'agir d'une *demande d'amour* (et le sujet qui y joue sa vie en montre l'importance pour lui) ou d'une *exigence* à propos de laquelle il devient difficile de parler d'amour (le sujet oblige

l'autre, par sa tentative ou son suicide à ne pas l'oublier). La dimension d'appel peut ainsi devenir agression de l'autre, comme l'amour se transforme en haine.

Le suicide se rapproche alors de l'homicide, en tant qu'il prend fonction d'empêcher l'autre de vivre sans lui, lui mettant une « mort sur la conscience ». L'objectif est atteint: être dans la conscience ou les « pensées » de l'autre.

On se trouve là dans la situation paradoxale qu'au lieu que la mort soit synonyme de disparition, le sujet s'en sert pour espérer être davantage présent (ou vivant, ou utile) aux yeux des autres. Yan Palach et d'autres, par leur suicide, se sont offerts aux collectivités dont, morts, ils symbolisent la cause.

Dans ces cas, la mort est plus que le terme de la vie, elle est aussi le début d'autre chose. Mais peut-on dans le même temps mourir et vivre ?

Cette « prétention » semble bien présente chez certains suicidants qui tout en risquant leur mort sont préoccupés des réactions de leur entourage. A cet égard, on peut dire que la réussite de la tentative de suicide réside précisément dans ce qu'elle n'atteint pas la mort: ainsi, ce qui est signifié (mais ne pouvait se dire) peut s'inscrire dans un échange et permettre au sujet de se re-situer par rapport à ses proches. C'est en partie pour cela que neuf suicidants sur dix ne récidivent pas; remarquons que la plus grande fréquence d'idées et de gestes suicidaires (non suivis de mort) se rencontre chez les adolescents, qui y expriment leurs difficultés à se situer et à s'orienter, si manifestes à cet âge.

Au troisième âge, on constate en revanche le plus grand nombre de suicides accomplis par rapport aux tentatives. Ne s'agit-il pas, là encore, de protéger l'image de soi à ses propres yeux et à ceux des autres ? En se tuant, la personne met fin à son vieillissement et interrompt sur une image le film de sa vie; cet « arrêt sur image » évite la fin du film, supposée plus pénible pour l'intéressé (et les siens) et laisse de lui une impression qu'il croit estimable.

Le désir de rester vivant pour l'autre apparaît aussi dans certains comportements qui ne concernent pas forcément les suicidants: organisation de l'héritage, don d'organe, du corps ou du sang...

Ce que vise le suicidant ne se résume donc pas dans le seul suicide (meurtre de soi-même). De plus, la mort ne signifie pas

forcément la fin de la vie: elle peut apparaître purificatrice (suicide par l'eau ou le feu) ou sacrificielle pour son groupe familial ou social; elle peut aussi être synonyme de repos (somnifères et tranquillisants permettent d'obtenir une mise au repos plus ou moins prolongée des pensées persécutoires) ou encore tenir lieu d'amendemennt. Et nous avions vu que la dimension agressive est présente dans tous les actes suicidaires.

Les modalités du suicide renseignent aussi le praticien sur la façon dont le sujet traite son corps et le présente aux autres: image de corps fracturé, ouvert, brûlé, pendu, ou au contraire endormi, intact, voire majestueux.

On peut encore opposer l'ingestion évidemment destructrice (de soude, javel, mort aux rats...) et l'ingestion de médications réputées bonnes (aspirine, infusions...); dans tous les cas, il est important de noter à qui « appartiennent » les médicaments en question.

Tous ces éléments sont à entendre parce qu'ils traduisent ce que le sujet ne peut pas dire et qui pourtant s'exprime dans l'urgence. Le suicidant est davantage représenté par ces éléments que par les « motifs » allégués au réveil.

Prévention et traitement, pour qui ?

Les recherches épidémiologiques concernant les suicidants ont permis de déterminer les groupes sociaux les plus exposés au risque suicidaire.

La maladie mentale est souvent évoquée « à l'origine » du suicide. Cette idée doit être nuancée: le suicide permet parfois de révéler une pathologie mentale jusque là inconnue (certains praticiens évoquent la pathologie mentale parce qu'il y a eu geste suicidaire).

Dans une perspective psychodynamique, la maladie mentale est considérée en elle-même comme une tentative d'équilibre, recherche de compromis entre éléments conflictuels. Si la maladie constitue une sorte d'équilibre, la tentative de suicide au décours de cette maladie est alors le signe d'une modification dans cet équilibre.

Le suicide du malade mental peut donc être considéré comme l'expression de la victoire des pulsions mortifères de sa maladie,

ou comme l'expression de l'échec de l'équilibre psychopathologique, l'inadéquation du compromis ; d'autres tentatives sont alors recherchées, expérimentées, dont celle du suicide.

Il est troublant de constater *l'imbrication de la pathologie sociale et de la psychopathologie,* qu'illustre l'identification des « groupes à risques » de l'O.M.S. (3) : on y retrouve les personnes âgées, les jeunes, les malades mentaux, les alcooliques et toxicomanes, les collectivités socialement désorganisées, certains groupes professionnels, les groupes socialement isolés (immigrés, personnes seules) et les enfants de foyers dissociés. On se trouve exactement au croisement des possibilités personnelles d'affronter les principales mutations de l'existence, dans le temps et dans l'espace (adolescence, mise au travail, chômage, mise à la retraite, cités nouvelles, changements de domiciles ou de pays, séparations, divorces, deuils...) et ceci en fonction des structures sociales existantes, ou absentes.

Les mesures préconisées par l'O.M.S. visent essentiellement à améliorer les Services de Santé ; on peut remarquer qu'aucune action spécifique n'est évoquée pour diminuer le rôle pathogène des structures sociales. Il y a là une dimension politique qui rend difficile toute proposition d'action, voire toute possibilité de penser autre que sanitaire : c'est ainsi que l'essentiel semble de « doter les individus d'une santé mentale solide et d'une personnalité bien adaptée » ou, à défaut, de préconiser des recherches. A l'égard des collectivités socialement désorganisées, « l'étude de la répartition géographique des personnes qui se suicident ou tentent de le faire serait utile, de toute évidence, pour décider de l'emplacement des services de prévention ». A propos des groupes professionnels les plus exposés « des recherches plus poussées sur les rapports entre profession et suicide permettraient une organisation plus judicieuse des services de prévention » (3).

On a l'impression que les suicidologues sont dans l'impossibilité de *dire* les facteurs qui apparaissent suicidogènes ce qui permettrait aux « décideurs » d'être correctement informés et de prendre leurs responsabilités. La tendance des cliniciens semble au contraire de tout prendre à leur compte ; chaque groupe à risque se verrait alors affublé d'une structure sanitaire de prévention. Notons au passage le caractère utopique de cette prévention tous azimuts : nous ne connaissons aucun principe,

aucune règle, aucune loi qui ne donne lieu à perversion ou transgression. Est-ce cela qui fait dire à G. et M. Ostaptzeff et J.R. Lavoine que le suicidant se situe « dans la même relation à la mort que peut se situer la prostituée par rapport à l'amour conjugal ou que le restaurateur par rapport au repas familial ? » (10).

Prévention et traitement, comment ?

L'identification des groupes à risque montre l'importance des institutions et équipements sociaux chargés de l'accueil de ces différents groupes au moment de leurs mutations : la qualité de ces structures dépend, selon nous, de la volonté politique de prendre en compte le bien être et la sécurité des populations parfois marginales et peu productives. Il nous semble cependant que l'organisation de telles structures est aussi bénéfique pour l'ensemble d'une population, et pas seulement pour ses franges.

Dans ces structures, la fonction de communication doit tenir la plus grande place, prévenant ainsi des expressions de rupture comme le suicide, ou la délinquance ; la preuve de cette nécessité de communiquer se trouve dans le fait que certaines organisations bénévoles, qui ne vivent qu'en raison des carences des structures en place, en ont fait leur objectif principal (S.O.S. Amitiés, Portes Ouvertes, Mains Ouvertes, etc.).

En amont du geste, il est probable qu'un meilleur dépistage (notamment médical) des aspects dépressifs et anxieux permettrait l'économie d'un certain nombre de passages à l'acte suicidaire : on sait combien il est fréquent de répondre aux difficultés personnelles, conjugales, familiales, par des « calmants », voire « conseils » qui ne rassurent que leur prescripteur.

Ce type de réponse, quelles que soient les « motivations » de l'intervenant, a pour conséquence de *faire taire* ce que le sujet tente d'exprimer. On assiste alors soit à des expressions plus violentes (agitation, alcoolisme, délinquance...) soit à des gestes suicidaires effectués précisément avec les « calmants » prescrits ; l'inadéquation de la réponse du consultant participe alors du geste suicidaire.

Nous avons évoqué plus haut les possibilités de prévention de l'issue fatale de la tentative de suicide : l'organisation des

services médicaux d'urgence y participe activement et il ne viendrait à l'esprit de personne d'en contester l'efficacité.

Le séjour à l'hôpital, par l'intermédiaire d'une prise en charge institutionnelle pluridisciplinaire, peut constituer en lui-même une amorce de traitement et une prévention de la récidive: pour cela il est nécessaire de consacrer du temps à l'analyse des attitudes de l'équipe soignante pour que celle-ci s'autorise des échanges avec le suicidant hospitalisé. Il est intéressant de remarquer que lorsque ces échanges ont lieu, ils profitent à la fois au patient et aux soignants... Inversement, on rencontre des équipes soignantes effrayées par ce type de patients, qui osent à peine lui parler, accroissant ainsi son angoisse et sa culpabilité. A cet égard, il est important que psychiatres et psychologues soient systématiquement intégrés dans les équipes: ce sont eux qui pourront proposer au suicidant d'élaborer la signification personnelle de son geste; celui-ci est présenté la plupart du temps comme découlant simplement d'une réalité difficile à vivre. La banalisation du geste, ou au contraire, sa dramatisation, sont les deux façons habituelles d'éviter d'en aborder le sens personnel; les patients et les équipes soignantes participent de ces défenses, et il est important que ces dernières réfléchissent à leurs attitudes et réactions: c'est en partie cela, la prévention et le traitement à l'hôpital.

D'expérience, nous savons qu'une hospitalisation de bonne qualité laisse au patient la trace d'un certain abord possible de ses difficultés; bien que le moment de l'urgence ne nous apparaisse pas très favorable au démarrage d'un traitement psychologique, il n'est pas rare que des patients nous recontactent, plusieurs mois ou plusieurs années après, pour faire une demande de traitement.

Pour bon nombre de patients, le séjour à l'hôpital suffit à leur permettre de retrouver un équilibre: ce lieu apparaît suffisamment neutre et pas trop marqué par la cité (comme peut l'être la prison ou l'hôpital psychiatrique) pour que les protagonistes d'une situation conflictuelle puissent s'y rencontrer (au point que la notion du refus d'un des protagonistes de venir à l'hôpital constitue un indice de gravité du conflit et annonce une rupture souvent définitive). L'hôpital prend place de tiers dans la rencontre et permet ainsi que des liens s'y renouent (13); cet espace se caractérise aussi par une inhabituelle liberté

d'expression et de possibilités d'écoute. Ainsi peut-on y rencontrer aussi bien des alcooliques déclamant un discours à une supposée assistance, ou des personnes en état maniaque qui interpellent tout le monde, ou encore des personnes en pleurs à la suite du décès de l'un des leurs; au chevet des malades, tout l'entourage se rassemble, parents, enfants, mari, amant, etc.: situation exceptionnelle, réunion exceptionnelle. Cette mobilisation de l'entourage, interpellé par la crise, ou la tentative de suicide, contribue d'ailleurs parfois à la révision d'un système relationnel pathogène.

Prévention et traitement, par qui ?

La suicidologie n'est pas une science autonome. S'il est utile que des chercheurs se mobilisent sur le phénomène du suicide, il est évident qu'en pratique, celui-ci se situe au croisement de champs d'études et d'actions très divers.

Du politique au psychologique, la prévention et le traitement du suicide concernent de nombreuses catégories professionnelles ou bénévoles: du député à l'architecte, de la concierge à l'institutrice, du directeur d'entreprise au fonctionnaire de l'administration, des auteurs de ces lignes à leurs lecteurs, tous sont impliqués par les états de crise et par leur prévention.

Quant au traitement, il concerne davantage les professionnels de la santé, chacun dans son domaine, selon sa compétence et ses possibilités personnelles.

BIBLIOGRAPHIE

1. Baechler J. — Les suicides. Calman Lévy, 1975.
2. Bouthoul G. — Essais de polémologie. Editions Denoël-Gonthier, Paris, 1976.
3. Cahiers de Santé Publique. « La Prévention du suicide », n° 35, O.M.S., Genève, 1969.
4. Cahiers de Santé Publique. « Le suicide et les tentatives de suicide », n° 58, O.M.S., Genève, 1975.
5. Davidson F., Philippe A. — Evolution du suicide 1950-1976. In: *Psychologie Médicale*, 1979, 11, 1, 75-83.
6. Jacq J., Quénard O., Buffard G., Dussuyer I., Abane M.A., Morel J., Weber D., Hanauer M.T., Vedrinne J. — « Réflexions sur la notion de facteur de risques suicidaires à partir d'une recherche sur les jeunes suicidants civils et militaires ». In: *Pyschologie Médicale*, 1979, 11, 1, 139-147.
7. Lenoir R. — Les Exclus. Le Seuil, 1974.
8. Menahem R., Pichot P. — « Suicide et information: le rôle de la presse ». In: *Psychologie Médicale*, 1977, 9, 5, 831-842.

9. Ministère de la Santé. — Le suicide. Pour une politique de la santé. La documentation française, n° 4, Nancy, 1975.

10. OSTAPTZEFF G. et H., LAVOIME J.R. — « Un suicide à l'hôpital général ». In : *L'Evolution Psychiatrique*, 1977, XLII, 1, 101-108.

11. SCHNEIDER P.B. — La tentative de suicide. Delachaux et Niestlé. Neuchâtel, 1954

12. THURNHERR J. — Selbstmord und Witterung. Eine Untersuchung über den Einfluss von Frontgeschehen und Okklusionen auf die Selbstmordhäufigkeit mit Hilfe neuester Methoden der mathematischen Statistik. Bâle, 1956.

13. WEBER D. — « Le suicidant parmi les autres malades. Expérience de groupe au service d'urgence médicale ». In : *Psychologie Médicale*, 1977, 9, 1, 73-78.

14. WINNICOTT D.W. — De la pédiatrie à la psychanalyse. Payot, 1969.

LE PRATICIEN ET LA RECONNAISSANCE DU SUJET SUICIDAIRE

J. VEDRINNE

Si le médecin n'est pas l'interlocuteur exclusif du suicidaire, il n'en demeure pas moins un interlocuteur privilégié. Un grand nombre de suicidants l'ont rencontré dans les semaines et les mois précédant leur geste, dont pour la plupart les prémices ont été, ou auraient pu être perçus à ce moment.

C'est en effet souvent après coup que prennent toute leur valeur telle ou telle attitude, évocation, comportement, lettre, etc. Parfois ce geste demeure apparemment incompréhensible. Dans tous ces cas, le médecin a l'impression d'être « passé à côté », surtout si le sujet suicidant était apparemment détendu et porteur de projets d'avenir. Ce sentiment est d'autant plus fort que le patient est suspecté d'avoir voulu cacher quelque chose, et l'on sait combien se placer sur le terrain de l'aveu introduit dans la relation intersubjective un écran souvent infranchissable.

Aussi, les réactions du praticien risquent-elles d'être marquées du sceau de la culpabilité (imaginaire bien sûr plus que réelle) et des mécanismes de défense qu'elle entraîne: rejet, incompétence (liée à un étiquetage psychiatrique systématique), fatalisme, incrimination abusive de la société, dénaturation du sens (surdosage, accident).

A. — Le praticien et l'écoute d'un désir de suicide

Il n'est guère, en effet, de situation plus embarrassante pour le médecin que celle où il se trouve placé, lorsqu'un client vient à lui exprimer, d'une manière ou d'une autre, le désir de sa propre

mort. En effet, cette situation induit des contre-attitudes inhérentes à la problématique personnelle du médecin face à cette conduite qui ne manqueront pas d'interférer dans la prise en considération du désir du patient, préalable essentiel à l'instauration d'un projet de soins.

Cette volonté de ne pas « laisser passer » une menace de suicide suppose donc que le praticien ne soit pas affecté d'une surdité élective aux messages d'auto-destruction émis par son client. L'attitude d'écoute attentive et de disponibilité, souvent prônée, est en fait trop rarement respectée pour que nous nous dispensions d'insister sur ce point fondamental. Certes, les conditions d'exercice habituelles du praticien (temps en particulier) ne s'accordent pas toujours avec une telle attitude, mais en fait, il s'agit beaucoup plus souvent d'un alibi que d'un handicap réel. Ce qui est véritablement en cause, c'est le sens de la démarche médicale centrée avant tout sur les signes du corps plutôt que sur une souffrance psychologique. Tout un courant pédagogique actuel axé sur la psychologie médicale tente de remédier à ce qu'il faut bien appeler une véritable amputation des aptitudes à percevoir des signes par la personne même du praticien et non plus seulement par ses organes sensoriels (audition, regard, toucher). Car s'il est possible de décrire de manière quasi objective certains signes de souffrance mentale (cf. l'accès mélancolique par exemple), ces descriptions perdent de leur valeur proportionnellement à l'intensité des résistances à admettre la réalité de cette souffrance.

B. — Le problème de la position personnelle du praticien

En ce qui concerne le suicide, le problème se complique encore du fait que le médecin, comme tout être humain a été à un moment ou à un autre, amené à se poser la question du sens de son existence et à entrevoir une possibilité de réponse négative. Que certains se retranchent derrière des rationalisations défensives idéologiques, métaphysiques ou religieuses pour nier un tel vécu, ne change rien à cette donnée existentielle fondamentale. Cette coexistence du vivre et du mourir constitue une réalité psychique de base qui suppose également un choix, qui pour n'être pas délibérément conscient le plus souvent, n'en est pas moins l'enjeu de toute une dynamique inconsciente qui

s'exprimera de toute manière au moment et sur le terrain où l'on s'y attend le moins.

S'il est impossible d'exiger de tout un chacun d'être suffisamment au clair sur ce choix, il est par contre fondamental que tout sujet professionnellement investi d'une capacité thérapeutique (et le médecin au premier chef donc) ait assumé cette ambivalence au moins jusqu'au niveau permettant d'éviter toute contradiction entre une affirmation verbale tournée vers la vie et un message contraire (le plus souvent non verbal), que le patient percevra avec acuité au travers de toute une série d'attitudes (froideur, embarras angoissé, ordonnance visant au mieux à tenir le sujet à distance, au pire l'invitant à une utilisation mortifère).

C. — Evaluation des expressions du désir de suicide

Idéalement, il conviendrait de reconnaître le suicidaire *avant le passage à l'acte,* mais il faut bien savoir que même après ce dernier et quelle que soit sa gravité, la question pour le médecin n'est pas tellement d'apprécier « l'authenticité » mais l'intensité du désir de mort et donc du désir de vie, car ce dernier n'est jamais totalement absent, l'ambivalence des conduites suicidaires étant un fait admis aussi bien sur le plan clinique que théorique (le modèle du Janus Bifrons en représente un excellent symbole).

L'entretien doit avoir pour objectif de comprendre la signification de son désir de mort dans son histoire personnelle et dans le contexte de sa personnalité toute entière, mais aussi dans celui du groupe familial ou institutionnel où il se situe. Cela suppose que ce désir puisse être clairement abordé et que soit dépassée la crainte d'une parole dangereuse lorsque la mort est au centre de l'échange. De même, il convient de dénoncer avec vigueur l'idée reçue affirmant que ceux qui parlent de suicide ne le commettent pas. Tous les travaux concordent pour démontrer le contraire: 2/3 à 3/4 des gestes suicidaires ont été annoncés dans les semaines ou jours précédents.

1. *Au cours de l'évolution de certains états psycho-pathologiques*

Bien qu'il convienne de ne pas se laisser enfermer dans la dialectique du normal et du pathologique en matière de suicide,

il apparaît cependant nécessaire de rappeler les risques significativement élevés de conduite suicidaire dans certaines affections psychiatriques (cf. Tome II).

La pathologie mentale est indiscutablement un facteur de risque important et classique mais il paraît utile d'insister sur les modifications actuelles de ce risque du fait des thérapeutiques nouvelles. Ces dernières, en effet, si leur bilan est positif, ne sauraient toutefois dispenser le praticien, non seulement du maintien mais du renforcement de son écoute du désir de mort du patient. Il est de plus en plus admis que certaines manifestations psycho-pathologiques, en même temps qu'elles provoquent une certaine rupture avec l'extérieur pouvant de ce fait être dangereuses pour l'intégrité du sujet, jouent aussi un rôle défensif contre des perturbations beaucoup plus profondes, se situant au niveau par exemple, des limites corporelles, du sentiment d'existence, de l'identité sexuée, avec toujours une agressivité plus ou moins forte. C'est ainsi que le mélancolique, relativement protégé par une inhibition psycho-motrice intense, pourra se mobiliser contre lui-même, lors de la levée de cette dernière. De même, une sédation trop massive et trop rapide par les neuroleptiques d'un état délirant peut laisser le sujet démuni et dépressif devant une angoisse archaïque mortifère. Chez le schizophrène, si l'on connaît depuis longtemps les risques suicidaires de la phase invasive ou encore lors d'épisodes paranoïdes aigus, par contre assez méconnu est le suicide de sujets apparemment bien améliorés après une longue évolution processuelle, sans dépression manifeste, comme si la mesure lucide de l'écart irréductible entre eux et le monde, la conscience de la réduction massive de leur capacité d'élaboration psychique de la réalité interne et externe les poussaient à un constat d'impossibilité de survie.

Tout aussi redoutables sont les conduites suicidaires multirécidivantes des névroses hystériques ou des personnalités psychopathiques induisant incrédulité et irritation, et qui désensibilisent le thérapeute.

C'est dire tout l'intérêt d'une relation étroite entre praticien généraliste et psychiatre de secteur, la cohérence des prises en soin étant indispensable pour assumer au mieux à la fois l'autonomie et la protection du patient.

2. — En fait, c'est plus souvent devant les *sujets qui ne peuvent être considérés comme des malades mentaux* que le praticien va se trouver désemparé.

a) Parfois, ces sujets expriment des idées de suicide de manière très *explicite*. Le médecin, souvent conforté dans ce sens par l'entourage arguant « qu'il a tout pour être heureux » sera tenté de mettre en doute l'authenticité de propos quelquefois exposés sur un ton ironique ou détaché, ou à tout le moins de minimiser l'intensité du désir de mort. Parfois, le thérapeute est impressionné par un discours logico-métaphysique dont la rigueur apparente peut le faire basculer de la compréhension à la complicité (sous couvert du respect de la liberté d'autrui). Qu'il sache que derrière de telles rationalisations se cachent le plus souvent de profondes détresses.

Lorsque déjà sont évoquées les techniques du geste, la vigilance doit être encore plus grande. Si la description du projet concret (moment, lieu, moyens) est faite dans une phase d'abréaction émotionnelle facilitée par l'attitude du thérapeute, le risque de mise en acte de la résolution suicidaire peut s'éloigner au profit d'une élaboration de la signification du geste et de ses coordonnées qui ne relèvent pas du simple hasard.

b) Très souvent, les idées de suicide ne sont pas formulées en clair, mais *indirectement* dans les discours de patients exprimant les thèmes suivants, dans un contexte de profond désarroi :

— se sentir de trop, inutile,

— désir de rejoindre un être cher décédé (« il est mieux là-haut »),

— dispositions testamentaires sans nécessité logique, legs d'objets auxquels le sujet était attaché (souvenirs personnels, livres, jeux, etc.),

— organisation des funérailles, demande pour don du corps,

— désir de fuite, d'évasion (voyages impulsifs),

— désir de dormir longtemps, véritable recherche du nirvana, de l'annulation des tensions, désir infantile de retour au sein maternel,

— désir de « refaire peau neuve », espérance d'une nouvelle vie, etc.

Bref, autant de perspectives qui ne se résument pas à la mort comme but ultime mais s'y réfèrent comme un moyen de déboucher sur autre chose, de fuir une certaine forme de vie. Ces évocations d'un certain rapport à la mort peuvent être bénéfiques et leur expression doit être facilitée par la qualité de l'accueil et d'une écoute exempte de toute complaisance morbide.

c) Quelques *repères biographiques et événementiels* seront mis en évidence :

— antécédents familiaux : psychiatriques, alcool, suicide (familles à suicide),

— carences parentales précoces,

— conduites d'inadaptation de l'adolescence, fugues, délinquance, tentatives de suicide antérieures,

— épisodes dépressifs plus ou moins larvés souvent après une perte, un échec de quelque nature qu'ils soient,

— conduites à type d'équivalents :

- refus alimentaire (vieillard),
- toxicomanie, alcoolisme,
- conduites de risque (sport, conduite auto),
- négligences dans le recours aux soins au cours des maladies chroniques (diabète, tuberculose, etc.).

En pratique, compte surtout pour le sujet, le fait de se trouver dans une *situation* favorable à l'éclosion *d'états de crise* dont l'urgence suicidaire constitue le prototype. En effet, le développement de la personnalité passe par des périodes de bouleversements, représentées par les hasards événementiels, les décès et séparations, la perte éventuelle des moyens de satisfaire ses besoins essentiels, les changements socio-professionnels, les menaces contre l'intégrité corporelle : tout cela opère de nouveaux aménagements dans la personnalité, qui mobilisent toutes les ressources internes et externes. En cas d'échec (non satisfaction du besoin, non adaptation) la tension s'accroît, entraî-

nant une augmentation de l'angoisse, de la culpabilité ou de la honte pouvant amener le sujet au point de rupture.

Cet aspect est essentiel. L'intensité et la durée de la crise est variable, mais il ne s'agit pas d'un état permanent devant aboutir inéluctablement à un geste mortel.

d) Un certain nombre de points doivent être également abordés.

• Interroger sur le sommeil et le contenu des rêves (scénarios stéréotypés et angoissants);

• Qualité du réseau relationnel, isolement plus ou moins important. Existe-t-il des personnes sur lesquelles le sujet peut compter, y en a-t-il à éviter;

• Il est souhaitable d'aller encore plus loin et d'évaluer *deux éléments psychodynamiques essentiels.*

— *L'agressivité:*

Il sera souligné ailleurs combien le suicide est profondément inséré dans l'agressivité avec tout ce qui se joue autour du désir de tuer ou d'être tué, désir qui n'ayant pu prendre forme dans une parole s'est inscrit soit dans le corps, dans le cadre de conduites traumatophiles (accidents à répétition), de conduites hypochondriaques (avec mutilations par chirurgien interposé), de conduites abortives répétitives, d'auto-mutilations, etc., soit dans des actes de violence contre des personnes avec lesquelles les liens affectifs sont importants. A l'inverse, un excès de contrôle de cette agressivité (induit en partie par les contraintes sociales) peut faire redouter une libération brutale de cette dernière.

— *Les investissements affectifs du sujet.*

En effet, le passage à l'acte a de fortes chances de ne pas avoir lieu tant que le choix objectal narcissique, c'est-à-dire la possibilité de s'investir affectivement dans des objets extérieurs demeure ou apparaît encore possible; lorsque ce choix est bloqué, soit du fait d'un remaniement relationnel non assumé (deuil pathologique, séparation, rupture sentimentale, etc.), soit du fait d'un désinvestissement progressif de la réalité (chez le psychotique par exemple), l'individu peut régresser jusqu'à se suppri-

mer avec l'objet auquel il se confond par une identification massive. De même, toute perte de *l'estime de soi* (quelle qu'en soit la cause, somatique, psychologique, socioprofessionnelle, etc.) est un facteur suicidogène.

e) Un point important enfin, est à souligner: l'évaluation dans certains cas des perturbations de tel ou tel membre de *l'entourage* ou même du groupe dans son ensemble, famille ou collectivité quelconque. L'expérience nous montre en effet, la fréquence avec laquelle un processus suicidaire chez un individu peut renvoyer au désir de mort d'autrui envers lui (chez certaines mères par exemple) ou encore au rôle de bouc émissaire d'un groupe qui ne peut survivre qu'au prix de l'élimination d'un de ses membres, dont un des modes peut être le suicide. C'est dire l'intérêt de l'écoute de l'entourage au-delà des premières réactions et de la collaboration avec d'autres praticiens des états de crise (travailleurs sociaux, bénévoles).

D. — **Début de réponse**

Dans de nombreux cas, le médecin aura donc à faire avec un « déprimé » mais sans que pour autant le recours au spécialiste ou à l'hospitalisation soient souhaitables, et d'ailleurs souvent refusés par l'intéressé. Un problème se pose quant à la conduite à tenir face à cet état. Une solution de facilité (parfois dangereuse...) est de prescrire immédiatement des anti-dépresseurs, pas toujours efficaces d'ailleurs, ou d'une manière générale de faire faire l'économie au sujet d'un vécu dont l'intégration par un véritable travail psychothérapique est la meilleure garantie d'une prévention des récidives. En effet, la plupart des recherches psycho-dynamiques actuelles insistent sur l'intérêt de l'élaboration de cette dépression qui permet au sujet de mieux ajuster par la suite ses investissements libidinaux et de prendre de la distance par rapport à son agressivité.

L'expérience clinique montre que les gestes suicidaires, s'ils sont suffisamment pris en compte par l'entourage — et le médecin a dans ce domaine un rôle pédagogique capital — sont fréquemment, surtout chez le jeune, le point de départ de maturations psycho-affectives décisives. Encore faut-il, répétons-le, que le message et son contenu puissent être reçus... ou même

tout simplement émis. En effet, il arrive que des sujets suicidaires perçoivent les risques de mettre leur médecin mal à l'aise avec l'aveu de telles pulsions et préfèrent ne les point évoquer, prévenant ainsi toute menace de rejet de la part d'un personnage dont il leur importe de conserver l'estime. C'est alors que pendant un certain temps d'autres symptômes substitutifs peuvent s'observer; malaises, ivresses, surdosages médicamenteux, manifestations « fonctionnelles ». Une ou plusieurs tentatives de suicide dites de chantage ou vélléitaires sont négligées et une dangereuse escalade au niveau de la gravité des techniques peut s'opérer.

Aussi le médecin, qui, par son attitude, sa disponibilité et une formation relationnelle élémentaire permet dans l'échange l'extériorisation du désir, aussi ambivalent soit-il, de sa propre mort par le sujet, apporte déjà un début de réponse dans la mesure où il donnera au suicidaire, dans sa relation avec lui, l'occasion de garder ou de renouer une communication à autrui dont la détérioration se retrouve toujours dans les conduites suicidaires.

LE RISQUE SUICIDAIRE ET LA PLACE DE LA MORT AU COURS DES TRAITEMENTS ET DES CURES

Daniel GONIN

Dans les services d'urgence médicale, là où sont accueillis et assistés les « suicidants », il est fréquent de constater que ces personnes en détresse sont en cours de traitement.

Un peu schématiquement deux cas peuvent se présenter.

Le geste suicidaire peut apparaître comme l'achoppement d'une vie troublée depuis longtemps, et depuis longtemps traitée par chimiothérapie le plus souvent, par psychothérapie ou psychanalyse parfois.

Mais il n'est pas exceptionnel de rencontrer des malades qui ont fait une démarche très récente auprès d'un médecin généraliste ou spécialiste ou d'un psychothérapeute. Leur geste suicidaire est survenu alors comme accolé à cette première rencontre avec le praticien, comme si le premier geste rendait possible le second.

Ces faits posent au thérapeute une grave question.

On sait bien que toute manifestation ou entreprise suicidaire, la seule manifestation d'intention parfois, inquiète l'entourage. Il peut réagir soit en se défendant d'entrer pour une part quelconque dans la cause du geste suicidaire, soit en s'abandonnant à une culpabilité sans fond qui l'enchaîne au suicidant.

Le soignant est impliqué directement dans le geste de son patient. C'est un échec pour le médecin qui affirme toujours sa vocation à la conservation de la vie. Le psychothérapeute ou le psychanalyste ne se défend guère mieux, même si pour lui la vie n'est pas idéalisée. Tout son travail tend à permettre le

fonctionnement de l'appareil psychique dans la motion du désir. Qu'en est-il du désir dans l'appel à la mort ?

Au-delà de l'amertume de l'échec ou des considérations philosophiques sur la toute-puissance de la mort, le thérapeute est amené à s'interroger sur ce qui fonde sa relation traitante à son client. La position du soignant ne peut être passive. Il pose toujours un acte, un acte thérapeutique. Dans le cas du geste suicidaire de son client, il peut se demander s'il s'est en vérité engagé en acte envers lui.

L'acte thérapeutique

Le mot « acte » a une étymologie des plus riches. Il concentre en lui trois origines. Acte comme équivalent d'action vient du latin actum, participe passé substantivé de agere: agir.

Comme terme de théâtre, il prend racine dans le mot latin actus: représentation théâtrale.

Comme terme juridique, il vient du latin juridique: actum.

Au sens d'action, faire un acte « suppose un franchissement, le passage d'un ordre à un autre, une différence d'ordre » (7). Ces deux ordres ne sont pas étrangers l'un à l'autre: « ils s'articulent entre eux, se repèrent l'un par rapport à l'autre dans l'acte qui les pose » (7). Pour un traitant il y a grande différence, par exemple, entre affirmer vouloir aider un être en difficulté et donner effectivement de son temps, de sa patience, de son écoute attentive à cette personne.

Ainsi « tout acte véritable suppose une "rupture": les *effets d'un acte* se déroulent dans un ordre différent de l'ordre dans lequel l'acte lui-même s'imagine » (7). On ne sait bien s'il y a eu acte que dans la mesure où on en constate les effets en soi et en l'autre.

L'homme, cet être de parole, pour exister se situe au nœud de trois ordres, nous apprend J. Lacan: l'imaginaire, le symbolique et le réel.

L'imaginaire, le monde de la conscience, de la connaissance du monde intérieur et du monde extérieur, est celui qui tend à s'imposer. L'être humain est séduit par son moi: organisation d'images et de mots-pour-les-dire. Le corps ainsi perçu est un repère essentiel pour l'être puisque c'est le lieu d'où « ça parle ».

Cette attraction peut faire basculer l'homme tout entier dans l'image, l'y emprisonner, lui faisant prendre la partie pour le tout. Niant les autres ordres, il ne se veut plus que toute connaissance : « je pense, donc je suis ».

Or chaque homme est dépris de l'image dès sa naissance par la re-co-naissance de son père et de sa mère dont il est l'effet de leur acte de désir réciproque. Ce qui importe c'est qu'il soit nommé. Il le devra à la fonction paternelle. Ainsi le petit homme est hissé à l'ordre symbolique, dépris du monde des choses (le mot tue la chose). Il va prendre place dans sa parole en y étant représenté comme sujet. Ce n'est plus simplement son image qui le place comme homme, mais des représentants. C'est dire que dans cet ordre symbolique, l'être représenté (justement parce qu'il ne peut y être) par des signifiants se manifeste toujours dans sa parole comme autre de ce qu'il paraît. Il affirme ainsi qu'à côté du moi de l'image, il y a en lui un Autre. Il est dans l'obligation d'accepter comme appareil psychique ce qui échappe à sa connaissance, son inconscient. Il doit se reconnaître dans cette division de moi et de l'Autre. Le sujet de la parole, né de la rencontre de l'inconscient et des mots, est conduit à se manifester là où il ne sait pas qu'il est : « *je* suis où *je* ne pense pas » (J. Lacan).

L'être en sa division rencontre l'autre comme divisé donc en partie inconnu, imprenable par l'imaginaire dans une radicale Altérité.

Agir, c'est accepter de ne plus se confier seulement à sa connaissance et à une mise en scène d'un « moi » aux traits reconnus. C'est vouloir passer de cet ordre imaginaire à l'ordre symbolique où le sujet va être porté par sa parole, mû par le désir de l'Autre, en un mot ex-sister. Il y a renoncement à son envie, à son besoin pulsionnel d'avoir l'autre pour lui permettre d'être.

Tout acte n'est posé que pour ses effets sur soi et sur l'autre. Il est destiné à entraîner des modifications. C'est en cela qu'il sera noué dans l'ordre du réel, en produisant effet de vérité ou de mensonge, effet de vie ou de mort. Peu importe l'affirmation première, la-bonne-intention, « l'intention ne trouvera son critère de vérité ou de mensonge que dans les effets d'un travail qui modifie le monde, notre monde et aussi bien, en retour, nous dans le monde » (7).

L'acte thérapeutique, pour être effectif, va donc exiger du thérapeute qu'il passe de la seule logique de sachant à la mise en jeu de sa personne comme sujet, sujet du désir de l'Autre. Cet acte thérapeutique va exiger, comme tout acte, la mise en suspens et la chute du fantasme qui le met en scène dans l'ordre des représentations imaginaires. Ainsi le thérapeute ne peut plus seulement se tenir en ce repère premier de médecin ou de psychanalyste, il doit s'en déloger pour devenir sujet de son désir. Il ne s'agit plus là de de sa seule *envie de guérir,* mais de son désir de sujet de permettre à l'autre — son client — (divisé comme lui-même et donc non plus seulement imaginé comme malade) de surgir en son désir, d'accéder à une parole qui le porte.

L'acte comme terme de théâtre est le lieu, la scène où va se réaliser ce passage. Le Sujet est toujours barré car il ne peut advenir que par la médiation de l'imaginaire. Ce sont ces rôles de traité et de traitant, d'analysant et d'analyste, sujet-supposé-savoir, qui vont servir de médiation.

Cette médiation doit pour faire son office n'en être qu'une, c'est-à-dire chuter. Dans une représentation théâtrale, les acteurs représentent des personnes qui n'y sont pas. Le jeu théâtral remplit son office lorsque le jeu des acteurs, les échanges verbaux font surgir le message de l'auteur, y prennent le spectateur en son désir. Il se crée comme un au-delà du lieu scénique, une autre scène.

L'acte thérapeutique permet ainsi dans la chute des rôles imaginaires de se placer sur une Autre scène où l'Autre du désir parle en chacun.

L'acte comme terme juridique établit chaque être dans l'ordre de la loi symbolique. Chacun est reconnu comme semblable, comme homme — être qui parle — et comme radicalement différent, insaisissable par l'autre, échappant à une entreprise totalisante du savoir. Il ne s'agit plus seulement de la représentation d'un corps anatomo-physiologique, mais du corps inconnaissable de l'inconscient, lieu d'inscription des signifiants.

L'ACTE THÉRAPEUTIQUE : TRAVAIL DIFFICILE, PÉNIBLE ET RISQUÉ.

Il est *difficile* de prendre seulement appui sur sa position de soignant, sans s'enfoncer dans son savoir, ou sans se coller

d'autres images de « bienfaiteur » de « bienveillant », de « compréhensif », tout aussi occlusif de la personne. La difficulté vient de l'incertitude car rien n'assure de la chute de l'imaginaire et du surgissement du sujet du désir, sinon les effets à venir chez le soignant comme chez le soigné.

Le travail est *pénible* car sans recette ni technique rassurante, car centré sur la parole de l'autre qui se dérobe et où le thérapeute se perd. Placé dans un va et vient continuel d'un ordre à l'autre, où tout est toujours mouvance, sans que pour le même client l'appui puisse être pris, dans la répétition, sur l'assurance de la rencontre précédente, même et surtout si elle a semblé tellement satisfaisante. Chaque rencontre est autre. Le savoir sur son client par le ton de sa voix, son expression, ou les détails de son histoire confidentielle, fait illusion, peut faire croire à l'accession possible à la connaissance de son désir. Or, l'écoute est toujours première, « naïve ».

L'acte thérapeutique fait *courir un risque*. Tout acte thérapeutique suscitant la parole autorise et révèle la demande de l'autre.

LA DEMANDE.

Comme le répète J. Lacan, le désir est toujours présent dans un au-delà et un en deçà de la demande.

« Le désir se produit dans *l'au-delà* à la demande de ce qu'en articulant la vie du sujet à ses conditions, elle y émonde le *besoin*, mais aussi il se creuse dans son *en deçà*, en ce que, demande inconditionnelle de la présence et de l'absence, elle évoque le *manque à être* sous les trois figures du *rien* qui fait le fond de la demande d'amour, de la *haine* qui va à nier l'être de l'autre, et de l'*indicible* de ce qui s'ignore dans sa requête » (4).

Permettre à l'autre, en la révélant, sa demande, c'est mettre en jeu un au-delà, un dépassement de la seule pulsion et la chute de l'objet du besoin.

C'est la mise en jeu d'un en deçà par affirmation de la castration, le rien de la demande d'amour: « moment de coupure... hanté par la forme d'un lambeau sanglant: la livre de chair qui paie la vie pour en faire le signifiant des signifiants, comme tel impossible à restituer au corps imaginaire; c'est le phallus perdu d'Osiris embaumé » (4).

L'en deçà de la demande affirme son lien avec l'agressivité, — la haine dans la négation de l'autre — et l'impossible de la réponse qui sollicite la réitération du désir.

Le surgissement du désir, grâce à cette demande reconnue, met en jeu la structure de l'être et y révèle sa poussée signifiante de vie au risque des forces agressives et de destruction.

L'acte thérapeutique qui se risque à ce surgissement sera jugé en sa vérité par ses effets de vie.

Le non-acte thérapeutique

Le malade vient consulter le médecin généraliste ou spécialiste pour des symptômes psychiques. En psychopathologie le symptôme est ce qui vient se manifester dans la conscience ou le comportement de l'être en place de la parole impossible. Il se présente ainsi au niveau de l'organe comme une impossible réalisation pulsionnelle, par exemple:

« Je n'ai pas faim... je ne peux plus manger... rien ne me fait envie. »

« Je n'arrive plus à m'endormir... je redoute l'heure du coucher. »

« Je suis pratiquement devenu impuissant, ça ne me dit plus rien de faire l'amour... je n'ai plus de plaisir dans les rapports sexuels. »

« Je n'ai plus aucune curiosité... il ne m'intéresse plus de savoir, d'apprendre... j'ai comme le cerveau endormi. »

« J'avais plaisir à entendre de la musique, maintenant le moindre son m'énerve ou me lasse. »

Le malade apporte son insatisfaction au niveau de sa bouche, de son sexe, de ses oreilles. Il ne peut s'abandonner à la pulsion du sommeil ou s'adonner aux pulsions de savoir. Il est coincé dans l'impossibilité sensorielle.

La seule réponse chimiothérapique.

Le praticien peut répondre sur le même mode à cette sollicitation explicite: « Je vais vous donner appétit ... vous faire dormir ... vous faire baiser ... vous faire prendre intérêt au monde ... vous permettre d'entendre avec plaisir. Voici une ordonnance ». L'ordonnance c'est ce qui remet dans l'ordre, ce n'est surtout pas un franchissement, une rupture qu'exige tout acte. En sa forme médicale, elle est la marque écrite du repérage, par le médecin, du malade comme objet de la science médicale.

Ainsi tout est rabattu sur l'organe en son dysfonctionnement. Prisonnier d'images en termes d'impossibilité, le malade s'enchaîne alors à un possible dépendant de l'autre (le médecin) par le truchement médicamenteux. En quelque sorte la prison a trouvé son geôlier: le traitant et les clés: les médicaments.

Cette situation évoque celle de l'enfant en sa sollicitation toujours itérative: « Dis, maman ... j'ai faim. Dis, maman ... j'ai soif, j'ai sommeil. Je veux un bonbon, le chat. Je veux ... ». Et sa mère répond par un morceau de pain, un peu de sirop, un bercement, une sucette, le chat, etc. Elle n'entend que l'explicite de la réclamation et le lien dans l'image n'est que celui du « corps-à-corps », comme le souligne Françoise Dolto. Cette mère là perçoit peu la demande d'amour dans cet « au-delà » du besoin, ne s'engage pas avec son enfant dans un « cœur-à-cœur ». Elle fige son enfant dans cette fixation au besoin en *des sensations sans mots*, qui à défaut de sortir dans une parole d'amour nouée avec celle de sa mère restent coïncées dans sa gorge. Elles y font parfois infection, parfois s'évacuent en vomissements, et souvent s'invaginent dans le corps de l'enfant en une hernie rentrée qui l'étouffe.

Le médecin dans cette attitude de réponse réductrice aux besoins corporels, ne fait pas droit, par ouverture, à la parole de son client. Il l'enfonce au contraire dans son seul besoin par des médicaments qui réduisent le mouvement ou l'endorment.

Le malade reste ainsi prisonnier d'un « moi », réduit à ses pulsions, incapable de sortir, d'ex-ister. Il en a la preuve certaine par la réponse du médecin qui renforce la contention par le médicament. Seule la mort est sa chance d'évasion. La voie en est le renforcement de la pulsion à dormir par les neuroleptiques ou les somnifères.

Le sommeil-mort

Cette seule envie de dormir est souvent invoquée par les suicidants au moment de la réflexion sur leur acte. « je ne sais pas pourquoi j'ai fait ça (le geste suicidaire) ... ça ne pouvait plus durer. Je voulais seulement dormir ... dormir ... ».

Cette exigence du sommeil est traduction du renforcement de la pulsion de mort à laquelle on est toujours obligé de se confier pour sombrer dans l'endormissement. Seule voie à l'impossibilité d'être sujet du désir.

« La pulsion de mort, nous avons tous à nous y livrer pour entrer dans le sommeil. » C'est « la mort du *sujet du désir* qui s'absentéise et qui, de ce fait, laisse le corps vivre végétativement ce qu'il a à vivre sans qu'il y ait la surveillance du sujet du désir » (1).

Le suicide par recours au sommeil est la réduction au silence du sujet méconnu, effacé par l'objet « a » (le malade) de la connaissance de la science médicale.

La mort par pulsion de désunion

Le médecin se comporte également, nous l'avons vu, comme une mère qui, par son attitude, ne rend compte de son enfant que par des réponses au corps morcelé des pulsions : la bouche, l'anus, le sexe, l'oreille, etc.

Ces longues ordonnances où se retrouvent parfois une douzaine de médications et plus, dans une sorte de réponse obsessionnelle multifractionnée, donnent la représentation de l'émiettage du malade renvoyé en ses divers lieux du corps.

En ce cas la réponse du malade par le suicide fait état de cette « *désunion* » *pulsionnelle.* Il n'y a pas ou plus d'organisation des pulsions entre elles « sous le primat de la pulsion sexuelle », mais une « désunion » dont chaque médicament souligne la division.

Cette désunion pulsionnelle renforcée par ce qui en est renvoyé constitue la *pulsion de destruction.* « Cette pulsion de destruction ... vise à détruire les ensembles qu'à l'inverse Eros tend à créer et à maintenir » (1).

Elle s'exprime dans une énergie, une force que l'on peut appeler « *agressivité* » : « force radicalement désorganisatrice et morcelante » (5). C'est à ce niveau d'expression de force agressive que suicide et homicide trouvent lien. (Voir à ce sujet l'article de P. Sorel dans ce même ouvrage.)

La question de la réponse psychothérapique

Le fait que le consultant ne reçoit pas de médicament, ne le qualifie pas automatiquement de non-objet du savoir. En pratique psychothérapique le thérapeute peut s'exercer à la toute connaissance de son client.

Ce regard (cette pulsion scopique) sur le client s'accompagne alors d'une protection de la personne même du thérapeute qui ne se risque pas à se manifester comme être de désir dans son silence ou dans sa parole. Bloqué en lui-même, il est souvent dans l'impossibilité de courir ce risque.

Derrière le miroir

Carl Rogers a eu une grande audience due pour une part au fait que sa méthode semblait permettre — en une pratique de distorsion sans doute — à un grand public de thérapeutes en formation, effrayés par les exigences freudiennes, de voir sans être vu. Le renvoi du discours du patient par le thérapeute, sous forme directe ou condensée, dit justement « en miroir » a paru permettre de « faire prendre conscience » au malade dans une forme aseptisée (où les caractères propres du thérapeute n'entraînaient aucun parasitage).

Une histoire déjà ancienne, sous une forme cruellement humoristique est venue inquiéter les âmes tranquilles. Un patient s'adresse à son thérapeute « rogerien » en ces termes. « je suis triste ... déprimé ». « Vous êtes triste ... déprimé » lui renvoie le praticien. « J'ai des idées de mort ... je vais me suicider. » « Vous avez des idées de mort ... vous allez vous suicider » — « Je vais me jeter par la fenêtre » — « Vous allez vous jeter par la fenêtre » — Le désespéré y court, y passe et s'écrase sur le trottoir en un choc mou. « Plouf » fait le thérapeute.

Cette histoire inhumaine caricature cette position sans risque (pour le thérapeute). Elle stigmatise cette persévération de l'imaginaire du patient qui trouve toujours, quoiqu'il dise, un miroir qui reflète son image, l'entourant comme dans ces palais de foire où les jeux de glaces ne lui laissent que peu de chance de trouver la sortie.

Cette horrible fable réaffirme ainsi que la pulsion scopique — comme toute pulsion — fût-elle celle d'un « thérapeute », vise par la destruction de l'objet à la satisfaction de celui qui en est le porteur. La curiosité du voyeur, même sous prétexte scientifique est toujours mortifère.

Elle enseigne qu'il n'y a pas de position protégée du psychothérapeute, que son engagement ne peut se faire qu'en un « acte thérapeutique » où nécessairement sa personne se risque.

LE RISQUE

C'est ce risque qui retarde l'engagement du psychothérapeute ou de l'analyste dans une nouvelle cure. C'est lui qui leur donne en cours de séance des sueurs froides et leur fait souhaiter un recours de protection.

Le silence est le recours possible le plus souvent. Ce silence n'étonne pas le patient car il est devenu une des caractéristiques, parfois la marque essentielle de l'attitude psychothérapeutique. Est psychothérapeute celui qui, patiemment, laisse parler longtemps son patient, sans rien dire. Cette figure de personnage muet est souvent évoquée par le malade qui refuse ce type de traitement. Ce refus permet au traitant, jamais pris de cours, d'affirmer la valeur de son silence, qui à l'évidence mobilise par avance les résistances du patient.

Dans la pratique, le poids du silence, repéré comme technique systématisée, interdit souvent tout début de travail. Le malade qui vit sa parole comme dangereuse, la craint comme destructrice puisque l'autre s'en protège à ce point. Chez certains psychotiques dont les mots de la mère étaient dévastateurs, ou dont la non traduction en mots du vécu en révélait le danger de dissolution de l'être, une nouvelle constatation expérimentale renforce la peur de la-parole-qui-tue et les fait se précipiter dans le délire ou la mort.

Une autre vertu du silence c'est qu'il peut faire effet d'interprétation, sait-on. Le client, qui attend une approbation à son discours dont le sens lui paraît évident et tenu comme tel pour entraîner l'acquiescement de l'analyste, est surpris de la réponse silencieuse qui lui est opposée, jusqu'à introduire le doute.

Mais ce silence ne peut être tenu que par celui-là qui peut se risquer dans sa parole et dont le patient a un éprouvé.

LE SILENCE DE LA MORT

Le silence tenu par le thérapeute a un autre effet que rapporte avec humour et lucidité Serge Leclaire. Il commence par raconter une histoire « comme on en raconte sur le divan ».

« Il s'agit d'un analyste de grand renom, qui d'heure en heure fait la grâce à ses illustres clients de les recevoir et de les écouter; il était un peu las ce jour et ne quittait point son

fauteuil; de jeunes et aimables personnes, formées à cet usage, cueillaient le patient à son lever avant d'étendre le suivant. Il était 5 heures, et l'obsédé qui gisait là parlait d'abondance; l'heure passe, comme à l'ordinaire, et notre patient, particulièrement satisfait de lui, conclut en ces termes : je crois que c'était une bonne séance; puis reprenant en écho anticipé une parole qui venait habituellement du fauteuil, il ajoute en se levant: « nous allons en rester là ». Son thérapeute lui parut plus froid qu'à l'ordinaire: il semblait dormir. Mais non, il est pâle, vraiment froid; on s'inquiète, les jeunes personnes s'affairent; on appelle un confrère qui accourt, écoute, et dit: il y a bien trois heures qu'il s'est éteint » (6).

C'est « une forme particulière des fantasmes de mort de l'analyste qui apparaissent avec une constance remarquable chez le patient » (6). Par un effet de transfert le patient manifeste à l'analyste son agressivité : « il souhaite notre mort comme il le fit à l'encontre de son père, à moins qu'il ne la craigne » (6).

L'analyste qui « garde un ... silence de mort » renvoie l'analysant à des fantasmes de mort où se lira le désir du meurtre du père, l'identification au mort, les équivalents symboliques de la mort : silence, sommeil, immobilité et toute l'imagerie du royaume des morts.

Le silence soi-disant protecteur renvoie le patient à ce qu'en définitive il faut bien appeler la pulsion de mort, et le risque qu'elle fait courir à la vie ressentie comme une sentence par Jérôme, le malade de Leclaire: « tu vivras jusqu'à ce que mort s'ensuive. »

Elle oblige l'analyste à se risquer dans l'interprétation de ce qui advient, de ce silence tenu pour que le jeu vie-mort s'insinue avec le désir naissant.

Le risque de la parole

La parole du thérapeute pour n'être pas « dangereuse » et ne pas placer le patient dans la dialectique vie-mort pourraît être un simple conseil ou une explicaton.

Le conseil, même sollicité par le client, fait de l'autre un écran sur lequel « on » (le conseilleur) a tout loisir de se projeter. « si j'étais vous, je ferais de telle façon... ». C'est une manière de réduire l'autre au même : si moi était l'autre, dans

une imagerie aliénante. Parfois pire, ce conseil venant d'une autorité — qui par son savoir paraît faire loi — oblige l'autre à s'y conformer au risque de s'y détruire, d'y étouffer son désir; mais : « les conseilleurs ne sont pas les payeurs ».

Quant à l'*explication* elle n'est pas interprétation. L'explication ne fait que renvoyer le patient à un savoir, à lui façonner une nouvelle image de son moi, sans la moindre ouverture sur un autre ordre.

Même si, s'évadant de la seule explication venue toute entière de la théorie, « on communique à un patient une représentation qu'il a, à un moment donné, refoulé, et que l'on a deviné, cela ne change d'abord rien à son état psychique. Et notamment ce n'est pas parce que la représentation précédemment inconsciente est maintenant devenue consciente que le refoulement est levé et ses effets supprimés, comme on pouvait peut-être s'y attendre. Au contraire, on n'obtiendra tout d'abord qu'un *refus* renouvelé de la représentation refoulée. Mais maintenant le patient a effectivement la même représentation sous une double forme et en des endroits différents de son appareil psychique. *Avoir entendu* et *avoir vécu* sont deux choses de nature psychologique tout à fait différente, même si elles ont un contenu identique » (2).

Cette explication du contenu confondue avec l'interprétation est dangereuse et produit chez l'analysant effet de ce qu'il est convenu d'appeler « *analyse sauvage* ». Freud, cité par Laplanche et Pontalis (5), affirme « nous avons depuis longtemps dépassé la conception selon laquelle le malade souffre d'une sorte d'ignorance ... ce n'est pas ce non-savoir en soi qui constitue le facteur pathogène, mais c'est le fait que ce non-savoir est fondé dans des résistances intérieures qui l'ont d'abord provoqué et qui continuent à l'entretenir ... En communiquant aux malades leur inconscient, on provoque toujours chez eux une recrudescence de leurs conflits et une aggravation de leurs maux ».

Ces auteurs ajoutent qu'il faut donc un transfert bien établi et que les contenus refoulés du fait du travail de l'analysant soient devenus proches de la conscience, pour se risquer à une intervention à effet d'interprétation.

C'est souvent en début de cure que cette précipitation du thérapeute dans un *dire de savoir* sur le malade entraîne des agressions intolérables de par le brusque surgissement d'énergie

anxieuse et *des passages à l'acte* suicidaire. La relation analytique (le transfert), vécue comme trop dangereuse du fait du retour massif du refoulé, entraîne une rupture radicale consommée par l'acting out suicidaire.

En ce cas le recours au seul savoir par l'analyste nie le travail de l'analysant, la lente élaboration de sa demande, l'annule comme personne pour le réduire à l'état d'objet où se fonde le triomphe de la théorie analytique. L'analyste, qui y perd là sa position, n'est que porteur de sa pulsion de savoir, négateur de sa castration par la puissance qu'il y trouve, au mépris du désir de l'Autre.

C'est ce que confirme Freud quand il dénonce « une certaine attitude de l'analyste qui trouverait dans sa " science " la justification de son pouvoir » (cité par Laplanche et Pontalis). (5) Et l'analysant serait fondé à parler comme Hamlet que cite Freud : « croyez-vous qu'il soit plus facile de jouer de moi que d'une flûte ? »

Les manifestations de « l'analyse sauvage » révèlent toujours que l'analyste résiste lui aussi et ne peut accepter pour lui-même le risque de son désir.

La peur du suicide

Cette impossibilité de s'impliquer dans le processus analytique dont il est tenant, pourra se traduire en une crainte permanente du suicide de son patient. Cette peur paralysante l'entraîne à se réfugier dans un silence qu'il croit prudent ou à intervenir pour colmater la moindre ouverture repérée dans le discours de son analysant.

Il est affirmé, peut-être abusivement si cette affirmation devient une maxime, que ce sont les patients de psychothérapeutes qui redoutent le suicide, qui se précipitent dans la mort. Le travail de l'analysant, nous l'avons souligné, fait resurgir ses pulsions de mort. L'élaboration de sa demande comporte, dit Lacan, un en deçà de *haine*. Le surgissement du désir est donc à ce prix du jeu pulsion de vie — pulsion de mort. Susciter par le travail de l'analysant la manifestation des pulsions de mort et en fausser l'expression (par le refus de l'analyste) par barrage de l'accès à la parole, ne peut qu'entraîner une tension intolérable qui deviendra meurtrière. Le patient se tuera :

« pour ne pas tomber dans la pulsion de mort » comme le dit Françoise Dolto.

La thérapie : acte de parole

Reste donc la parole où se risque le thérapeute en tant que Sujet de son désir. L'épreuve reine pour l'analyste c'est ce qui le confronte à l'erreur.

Le droit a l'erreur

Intervenant sur ce qu'il entend dans le discours de son analysant, il perçoit que l'autre n'a que faire de sa parole, n'en tient que peu compte ou s'en empare pour la réduire à un discours théorique. Parfois l'analysant conteste la validité théorique de l'intervention, ou la banalise en la rapportant à du déjà connu, etc.

C'est alors que parfois, au-delà de l'inutilité ou de l'inopportunité de son intervention, le thérapeute perçoit son erreur. En a-t-il le droit, toute erreur ne risquant-elle pas d'être néfaste pour le patient ? Si nous mettons entre parenthèse l'ignorance, la maladresse ou la suffisance du praticien dont il a été parlé et qui sort de la problématique de l'erreur, le risque, que l'on dit alors encouru par le patient, est en fait l'image projetée sur lui du risque couru par le thérapeute. Celui-ci se voit détrôné de sa position assurée par le savoir théorique ou par le savoir-faire technique.

C'est une épreuve décisive. Ou bien cette « blessure narcissique » est une atteinte telle qu'il ne voudra plus jamais en courir le risque, allant tout entier se réfugier dans son rôle de sachant. Ou bien le thérapeute est en capacité de se risquer dans ce non-savoir et de s'y révéler dans son désir.

Le non-savoir n'est pas ignorance ; pas ignorance du désir de l'Autre.

Le thérapeute prend le risque d'anéantir le discours du savant au profit du discours de l'Autre. Même dans l'erreur, l'analysant sait que sa parole est soumise au désir de l'analyste comme Sujet, que c'est là affirmation de l'acte thérapeutique : passage de l'ordre de l'imaginaire à l'ordre du symbolique, de l'emprise mortifère de la seule pulsion au jeu vie-mort du désir.

Les vicissitudes du désir du thérapeute qui ne se risque pas

ou peu dans sa parole entraînent le ronron du discours de l'analysant et ces « analyses interminables » où se noue entre les deux protagonistes la complicité d'un faire-semblant dans la confirmation qu'il n'y a rien d'autre (que l'imaginaire) « jusqu'à ce que mort s'ensuive ». Combien de ces patients se couchent régulièrement sur le divan dans une image de mort en sursis...

La pulsion de meurtre

La situation, tout à la fois d'emprise de l'image et de renforcement de la pulsion de mort, suscitée par l'expérience chimiothérapique et/ou psychothérapique, et renforcée l'une par l'autre dans la même rage de désespérance, fait surgir ce que F. Dolto appelle la pulsion de meurtre.

« La pulsion de mort peut d'ailleurs, par l'angoisse qu'elle provoque, réveiller des *pulsions de meurtre*, allant jusqu'à l'autodestruction, le suicide.

Les gens qui se suicident, par exemple, c'est *pour ne pas tomber dans la pulsion de mort*, justement. Par haine de ce corps qui, pour eux, leur échapperait ; ils veulent le garder, narcissiquement, dans le non-échange avec les autres, et, pour le garder, comme c'est ambivalent, en même temps, il se se le gardent imaginairement et agissent pour le détruire dans *un désir de se refuser au désir* (1) ».

En guise de fin

Les biologistes se plaisent à affirmer que toute vie co-existe et s'élabore avec la mort, dès la conception. La reproduction sexuée a créé la mort.

Toute thérapie s'appuie sur la sexualité (dans la différence et la castration) et renvoie à la mort. Tout traitement qui suscite cette naissance du sujet à lui-même le fait au risque du désir enraciné dans la vie et la mort.

Dans le processus thérapeutique ce risque est à courir par le patient, mais aussi est à prendre par le thérapeute.

Le thérapeute qui se refuse à son désir, à cette butée du Réel, à cette confrontation Vie-Mort, fait courir de graves dangers à son patient qui, pourrait-on dire, n'a pas besoin de « ça »

en plus. Le traitement, la cure, est un acte où le soignant se risque dans une rupture marquée par la mort.

Freud dit : « nous tendons de toutes nos forces à écarter la mort, à l'éliminer de notre vie. Nous avons essayé de jeter sur elle le voile du silence, et nous avons même imaginé un proverbe : « il pense à cela comme à la mort » (c'est-à-dire qu'il n'y pense pas du tout), bien entendu comme à sa propre mort (à laquelle on pense encore moins qu'à celle d'autrui)...

Cette attitude à l'égard de la mort réagit cependant fortement sur notre vie. La vie s'appauvrit, elle perd en intérêt, dès l'instant où nous ne pouvons pas risquer ce qui en forme le suprême enjeu, c'est-à-dire la vie elle-même » (3).

BIBLIOGRAPHIE

1. Dolto F. « Naître... et ensuite ? ». In : Cahiers du nouveau-né, 1978, 1 et 2. 231, Stock.
2. Freud S. — « L'inconscient ». In : Métapsychologie, Idées N.R.F.
3. Freud S. — « Considérations actuelles sur la guerre et sur la mort ». In : Essais de psychanalyse. Payot, 1963.
4. Lacan J. — « La direction de la cure ». In : Les Ecrits. Le champ freudien, Le Seuil, Paris, 1966.
5. Laplanche et Pontalis. — Vocabulaire de la psychanalyse, P.U.F.
6. Leclaire S. — Démasquer le réel. Le Seuil, Paris, 1971.
7. Vasse D. — L'acte de lecture (article non publié).

STRUCTURE DE SOINS ET DE PREVENTION.

O. QUENARD

1. Réflexions préalables à propos de la notion de prévention

Quelles sont les structures de soins et de prévention qui paraissent les plus adaptées pour répondre au comportement suicidaire ? Les soins et la prévention doivent-ils constituer deux activités différentes s'effectuant dans des services indépendants ou aller de pair à l'intérieur d'une même institution régie par une administration unique ? Existe-t-il en France des centres de prévention et de traitement comme c'est le cas dans les pays anglo-saxons ?

Ces questions auxquelles nous allons tenter de répondre dans ce chapitre sont en fait sous-tendues par une autre qui les conditionne toutes : peut-on prévenir et/ou traiter le suicide ? Nous voulons parler ici de comportement suicidaire au sens large, englobant par conséquent l'ensemble des manifestations et conduites suicidaires et non nous limiter au suicide accompli. Un regard sur ce qui se fait à l'étranger, aux U.S.A. en particulier, nous donne déjà des indications sur les diverses façons de considérer le problème. Connaissant la fonction des idéologies dans les mécanismes de contrôle social, on ne s'étonnera pas de voir que la réaction sociale au phénomène suicidaire, telle qu'elle peut se traduire dans l'organisation d'une prévention, dépend directement de la conception qu'on a du dit phénomène.

C'est dans le domaine de la prévention que les différences sont les plus nettes. Alors qu'en Amérique du Nord il existe de nombreux centres officiels, publics ou privés où travaillent des

équipes pluridisciplinaires, en France cette tâche pourtant essentielle, est laissée à l'initiative de bénévoles œuvrant dans le cadre d'associations privées. Et encore doit-on souligner que ces associations dont S.O.S. Amitié est la plus représentative, ne sont pas spécialisées dans la prévention du suicide. D'un côté on trouve donc des services structurés dont la raison sociale et les objectifs sont clairement déclarés, de l'autre des organismes d'entre-aide polyvalents sans stratégie bien définie et aux méthodes parfois empiriques.

Bien sûr, on fera remarquer que les soins aux suicidants et quelquefois à leur famille lors d'un accompagnement à l'hôpital, constituent la forme la plus directe de prévention de la rechute ou de la décompensation de l'entourage. Néanmoins, on peut d'ores et déjà noter que la prévention du suicide n'a pas en France le développement qu'elle connaît en Amérique du Nord où de véritables programmes de lutte contre le suicide sont lancés dans de nombreuses villes avec parfois une coordination à l'échelon fédéral.

Faut-il y voir les séquelles du caractère tabou du suicide dans notre pays ou le manque d'impact politique des suicides par rapport à d'autres formes de la pathologie psycho-sociale comme la toxicomanie par exemple, qui polarise l'intérêt et monopolise les subventions des ministères concernés. En définitive, on peut se demander si cette inertie ne correspond pas à un doute sur l'efficacité de la prévention du suicide.

Il faut reconnaître que la conception sociologique du suicide, dont Durkheim a été l'illustre fondateur, qui dégage des courants suicidogènes, extérieurs à l'individu et fait du phénomène une constante sociale ne pouvant être influencé que par des événements sociaux majeurs (guerre...), n'incite pas à croire à l'utilité de la prévention. Cette conception durkheimienne dont l'intérêt historique et la portée scientifique sont certes considérables parce qu'elle va bien au-delà de l'objet de son étude, conduit à un certain scepticisme sur l'intérêt d'organiser une prophylaxie. Baechler (1) bien que s'inscrivant dans une perspective différente, se disant même anti-durkheimienne, dans son ouvrage récent sur les suicides, reprend à son compte la thèse selon laquelle toute prévention serait vaine. Selon lui le phénomène étant inélastique, la prévention ne peut avoir d'influence favorable sur le taux des suicides mortels qui reste à peu près cons-

tant. Il va même plus loin puisqu'il en vient à s'interroger sur le bien-fondé des tentatives actuelles pour le réduire. Dans la meilleure des hypothèses, écrit-il, la prévention « n'aboutira qu'à peupler les hospices et à multiplier les tentatives de suicide aux dépens des suicides accomplis ». A notre sens pourtant, on devrait déjà se féliciter de ce que certains suicides auxquels n'auraient pas réchappé leurs auteurs, soient transformés en tentative, leur laissant par conséquent une chance de survie et la possibilité de soins.

Ce fatalisme est-il seulement l'héritier d'un déterminisme sociologique immuable ou bien plus profondément le signe de la culpabilité plus ou moins masquée entourant encore le geste suicidaire ?

Ici deux formulations expriment de manière déguisée l'agressivité à l'égard du suicidant : primo doit-on essayer de sauver une personne qui envisage de commettre un tel attentat contre l'ordre naturel, secondo ne faut-il pas respecter le choix qu'a l'homme de mettre intentionnellement fin à sa vie. Au nom d'une conception de la liberté (à notre sens erronée car où est la liberté du suicidant ?), on en arrive vite à des attitudes démissionnaires où toute assistance est abandonnée, toute intervention dénoncée comme étant un refus de l'inéluctabilité de la mort. Cette optique démobilisatrice nous paraît d'autant plus dangereuse qu'elle accrédite et amplifie les sentiments de désespoir et de renoncement vécus par le suicidant. En réalité, la ligne que chacun suit à l'égard de la prévention est moins déterminée par des arguments techniques que par une conception idéologique sur le rôle de la société.

De nombreux travaux plaident pourtant en faveur de la prévention. Ringel (3) avait ouvert la voie de la première approche clinique d'un état pré-suicidaire, associant idées de mort, fantasme suicidaire, régression de l'extériorisation de l'agressivité et isolationnisme social. Par la suite, les nombreuses études, essentiellement américaines, d'évaluation clinique du potentiel suicidaire et la description de groupes à risque grâce à des modèles mathématiques complexes, ont permis une description plus objective du risque suicidaire. Cela aussi bien chez des sujets en état de crise où la menace est immédiate et manifeste, que chez des individus ou des groupes d'individus où les tendances suicidaires restées latentes les exposent à cette

forme de passage à l'acte. Le risque suicidaire n'est plus ni totalement imprévisible, ni donc fatal dès lors qu'on dispose d'un outil de détection et d'évaluation efficace et opératoire. Certes, beaucoup de progrès sont encore à accomplir dans ce champ de recherche, la notion de syndrome pré-suicidaire demeure trop vague et trop générale; les données épidémiologiques, même avec des méthodes sophistiquées ne peuvent faire abstraction d'une donnée fondamentale de la question : le suicide, à l'exception des sacrifices collectifs type Guyana, est l'acte d'un individu disposant d'une gamme très variée de comportements, y compris dans le domaine de l'auto-destruction.

De plus, il ne suffit pas d'avoir une bonne connaissance théorique du problème, encore faut-il pouvoir connaître les états de détresse des sujets et y répondre de façon adéquate. Si la décision d'intervenir ne se pose pas trop difficilement quand on a reçu un appel significatif, quelle stratégie adopter lorsqu'on a détecté un individu à haut risque suicidaire qui ne demande et ne manifeste apparemment rien. Révéler à quelqu'un qu'il entre dans la catégorie des sujets à haut risque n'est sûrement pas anodin, lui proposer ou à la limite lui imposer un traitement, soulève des difficultés pratiques et éthiques considérables.

2. Les centres de prévention du suicide

C'est dans le but de mieux répondre à toutes les interrogations qu'ont été créés les centres de prévention dont le projet est d'être à l'écoute des états de crise de façon permanente et prêts à intervenir en urgence soit directement soit par des relais ou des intermédiaires.

Au départ, les centres de prévention ont utilisé le téléphone comme moyen privilégié de communication. C'est le cas à Los Angeles, au célèbre L.A.S.P.C. (Los Angeles Suicide Prevention Center), où une technique spécifique de l'utilisation du téléphone s'est progressivement élaborée au fur et à mesure que l'expérience se développait et que le nombre d'appels grandissait. En Angleterre, le Révérend Chad Varah (6), fondateur des Samaritains, trouvait une formule choc dans le style publicitaire: « Si vous voulez vous suicider, téléphonez-moi avant ».

Le grand mérite du Centre de Prévention de Los Angeles, a été non seulement de proposer des stratégies et des techniques

d'intervention, mais de sensibiliser l'opinion publique au problème de la prévention en lui démontrant qu'elle était efficace et permettait de sauver des vies. Devenu un centre pilote pour l'organisation et de référence théorique, il a étendu son activité et parallèlement son audience dans la cité, en prouvant l'intérêt d'une structure intermédiaire entre les diverses institutions d'assistance et de soins dont l'action manquait souvent de coordination. Par ailleurs, il a été rapidement un centre de recherche pour l'étude des comportements autodestructeurs qui n'a négligé aucune des voies de la connaissance du phénomène en orientant ses travaux aussi bien dans le domaine clinique, psychanalytique, thérapeutique, qu'épidémiologique.

3. Les étapes de la prévention

Trois stades dans la prévention furent ainsi dégagés : la prévention primaire, la prévention-intervention et la post-vention.

a) La prévention primaire

Elle ne sera pas développée ici car elle rejoint le problème général de l'hygiène mentale. Sont concernés les professionnels de la santé, médecins praticiens en première ligne, les diverses agences d'entraide, ligues d'hygiène mentale et les services hospitaliers compétents qui tous concourent soit dans un cadre strictement privé, soit à l'intérieur du système public, à promouvoir ou à entretenir l'hygiène mentale de la population. Les médecins praticiens ont un rôle important à jouer dans cette prévention primaire puisque ce sont souvent les premiers appelés en cas de crise et les mieux renseignés sur l'état de santé de leurs clients habituels. En ce qui concerne les attitudes des praticiens face au suicide, on pourra se reporter aux textes de J. Védrinne et D. Gonin. Mais, bien entendu, la prévention primaire est aussi le problème de la société qui crée pour certains des conditions de vie dépassant leur seuil de tolérance.

b) La prévention secondaire, ou prévention-intervention

C'est celle qui est réalisée spécifiquement par les centres de prévention où l'accent est mis sur la qualité de l'accueil et de

l'écoute et sur les stratégies et tactiques d'intervention. Ce qui revient à insister sur la notion de crise suicidaire. A Los Angeles une stratégie de réponse à l'appel téléphonique a été mise sur pied (Schneidman, Farberow) (4). Elle comporte cinq phases. Il s'agit :

1° d'établir une relation avec l'appelant, de maintenir le contact souvent ténu et d'obtenir des informations permettant une identification du sujet;

2° de découvrir et de repérer autant que faire se peut, le problème essentiel;

3° d'évaluer la létalité, c'est-à-dire la potentialité auto-destructrice du sujet;

4° de mobiliser les ressources psychologiques de l'individu et éventuellement celles de son entourage;

5° de proposer un plan thérapeutique avec ou sans décision d'intervention directe.

Lorsqu'un appel est reçu, la première tâche assignée à l'écoutant est d'apprécier le risque suicidaire en fonction de plusieurs facteurs: le « stress » dont souffre le sujet, sa structure caractérielle, en particulier sa façon de gérer son agressivité, l'équilibre de ses forces et de ses faiblesses, l'existence ou non d'un projet suicidaire comprenant des détails sur les moyens et le moment envisagés pour réaliser le geste. En somme c'est le bilan psychologique actuel de l'appelant et de ses capacités défensives personnelles et environnementales en face de la situation qui doit être rapidement esquissé.

Dans un proche avenir on peut penser qu'en fonction des résultats, évalués à l'aide d'échelles, un coefficient de létalité sera attribué au patient. Cette note sera l'un des critères qui seront pris en compte dans la décision et le mode d'intervention. Celle-ci pourra aller de la simple conversation téléphonique jusqu'à l'hospitalisation dans un service d'urgence.

L'effort porte donc sur la détection de signes prodromiques au passage à l'acte suicidaire. Là encore, le pragmatisme anglo-saxon a cherché une classification des menaces suicidaires. Celles-ci peuvent être purement verbales, soit sous forme directe: « je vais me suicider », soit indirecte « je n'en ai plus pour longtemps », ou « vous serez mieux sans moi ». Parfois même, le

message purement allusif ou codé ne pourra être décrypté que par une personne ayant une « bonne » connaissance du sujet. Certaines phrases, a priori banales, prennent, si on y est attentif, une résonance particulière qui doit alerter, par exemple : « c'est la dernière fois que je viens ici ». Ce genre de phrase dans une situation particulière, reflète l'état d'esprit de celui qui a décidé de se suicider.

Les signes d'alarme peuvent se traduire au niveau du comportement de manière directe par l'achat d'une arme ou de matériel pouvant servir à un suicide. Cependant on doit considérer comme des avertissements indirectement lancés par un sujet, le fait de ranger ses affaires quand c'est inhabituel de sa part, de faire un souhait dans des circonstances significatives, de se séparer d'objets auxquels il tient beaucoup, de se désintéresser brutalement de certaines personnes jusque-là normalement investies...

Enfin, dans d'autres cas, c'est la situation gravement éprouvante qui recèle une potentialité suicidaire, situation de menace vitale, de deuil, de rupture avec l'équilibre antérieur.

Qu'il s'agisse de bilan psychologique ou de détection et d'évaluation des menaces, l'objectif est le même, on cherche à évaluer le risque et à identifier les sujets dont la létalité serait anormalement élevée. Des recherches se poursuivent pour affiner les échelles de prédiction et pour « sortir » de l'ordinateur un profil de suicidant. On verra dans le chapitre sur les groupes à risques que la question est complexe et mérite un développement critique. Signalons seulement les excès auxquels peuvent conduire une interprétation simplificatrice de ces données à visée prédictive. Créer une sorte de portrait-robot du suicidant risque d'entretenir le préjugé selon lequel il n'existerait que des facteurs endogènes amenant inéluctablement au suicide. A ce propos, l'exploitation aventureuse de soi-disants précurseurs biologiques au suicide pourrait aller dans le même sens et justifier selon les cas un interventionnisme acharné et aveugle ou un abstentionnisme défaitiste. Or, il apparaît à l'expérience, que la prise en charge doit être personnalisée en fonction des besoins du sujet, adaptée au nécessités de la conjoncture historique et aux possibilités d'action.

En France, en ce qui concerne la prévention spécialisée, la prise de conscience des pouvoirs publics ne semble pas avoir encore atteint un niveau suffisant pour aboutir à des implica-

tions et décisions pratiques. Il est vrai qu'en raison de la culpabilité qui entoure leur geste, les suicidants et leur famille ne viennent pas se plaindre de l'insuffisance des moyens de prévention et de traitement. On en reste à une prévention primaire d'hygiène mentale passant par une information générale plus ou moins vague et à la mise en place de la sectorisation psychiatrique qui ne peut (et ne pourra) apporter une réponse suffisante à un phénomène aussi protéiforme.

Ce sont donc des organismes privés d'entraide qui assurent l'essentiel du travail de prévention, le praticien et les services d'urgence qui supportent la charge du traitement du suicidant.

Les organismes d'aide morale et sociale.

Le plus connu est sans doute S.O.S. Amitié qui est une association faisant appel à des bénévoles. La méthode est celle de l'écoute permanente dans une relation téléphonique anonyme. L'emploi du téléphone qui pose un certain nombre de problèmes théoriques, notamment sur la valeur de la communication (Vasse, 7), a cependant l'avantage, outre son côté pratique, de placer la relation au niveau de l'expression orale obligeant à une verbalisation de la détresse. Le téléphone permet également l'anonymat dont on peut discuter le caractère désengageant, voire imaginaire, mais qui autorise une certaine liberté d'expression en dissimulant ce que l'image et le statut social peuvent avoir d'oblitérant et de contraignant. Ecouter, recueillir la parole de l'autre, c'est-à-dire témoigner d'une présence amicale (befriending) constitue la mission prioritaire que s'est fixée S.O.S. Amitié. Les critères de recrutement des écoutants bénévoles reposent sur leur capacité d'écoute et de travail en équipe. Ils bénéficient d'une formation les sensibilisant à la relation d'aide psychologique et sociale en participant régulièrement à des groupes de discussion supervisés par des spécialistes. L'objectif social de S.O.S. Amitié est la communication définie comme support de la vie sociale (Haeringer, 2).

L'action préventive d'un tel service sur le suicide, si elle n'est pas mesurable, nous apparaît tout à fait fondamentale. Au niveau individuel d'abord où compte tenu du caractère ambivalent et souvent impulsif du geste suicidaire nous pensons que le fait d'appeler ou simplement de savoir qu'on peut appeler quelqu'un avec la certitude d'être écouté, permet dans certains cas de

différer une décision ou de contenir une pulsion auto-destructrice. Au niveau social ensuite dans la mesure où S.O.S. Amitié exerce sur le public un rôle de sensibilisation sur le problème du suicide et propose de venir en aide aux suicidants par le dialogue en promouvant implicitement la création ou le resserrement des liens sociaux.

Alors que S.O.S. Amitié est centré sur l'écoute, d'autres organismes dont l'action est à rapprocher de celle des Samaritains en Grande-Bretagne, proposent d'établir un contact direct avec les personnes en détresse. C'est ainsi que « Recherche et Rencontre » a pour objectif de lutter contre l'isolement par l'accueil, la réadaptation et la réinsertion sociale des isolés. De son côté, « Porte Ouverte » a opté pour les mêmes principes idéologiques que S.O.S. Amitié, mais avec une rencontre physique des personnes qui viennent dans leur centre d'accueil. Les statistiques fournies par ces associations montrent qu'environ la moitié de leur « clientèle » est constituée par des suicidaires, c'est-à-dire par des sujets envisageant le suicide ou ayant déjà fait une tentative.

c) La post-vention

Ce terme introduit par Schneidman est le complément indispensable du travail préventif. Cela commence avec le traitement du suicidant en urgence et doit se poursuivre avec une prise en charge du sujet et parfois de son entourage, pour rompre un processus conduisant à la rechute. Que le sujet ait survécu ou non à son suicide, son entourage est souvent gravement traumatisé par le drame. Des études ont montré en effet que les familles des suicidés ont un taux de morbidité et de mortalité plus élevé dans l'année suivant le décès de leur parent que des personnes ayant eu un décès par mort naturelle chez leur proche.

Les services d'urgence.

Il n'est pas question de décrire les différents maillons de la chaîne qui vont de l'appel au secours jusqu'à l'hospitalisation en urgence en passant par l'intervention des pompiers ou du S.A.M.U. Une fois la survie somatique assurée par la réanimation, des soins psychologiques et éventuellement une prise en charge sociale doivent être mis en œuvre dès que l'état de conscience

du sujet le permet. Ceci implique que des équipes psychiatriques puissent intervenir là où le suicidant est hospitalisé. C'est-à-dire à l'hôpital général, dans les différents services d'urgence médicale ou chirurgicale accueillant ces patients. Pour que cette équipe soit réellement opérante il faut qu'elle réponde à un certain nombre de critères de fonctionnement dont l'exigence est parfois très contraignante: disponibilité d'accueil et d'écoute en dépit de la saturation habituelle, présence quasi continuelle pour assurer une couverture horaire suffisante, coordination des différents aspects du soin, travail institutionnel particulièrement important dans ce contexte où l'agressivité et la mort sont aussi prégnantes...

Il existe plusieurs modèles organisationnels possibles. Certains hôpitaux se contentent d'avoir un psychiatre vacataire qui passe rapidement en revue les arrivées de la veille pour faire le tri grossier de ceux qui pourront repartir chez eux et de ceux qu'il convient d'orienter vers un service psychiatrique.

A Lyon, l'équipe psychiatrique fait partie intégrante du complexe de l'urgence. Elle assure les soins psychiatriques aux suicidants aux côtés des autres spécialistes de médecine interne, de toxicologie et de réanimation. Les deux services d'urgence médicale de la ville (Hôpital E.-Herriot, Hôpital J.-Courmont), sont des services polyvalents qui n'établissent aucune ségrégation entre les différents types de malades qu'ils reçoivent. Autant dire qu'un suicidant peut côtoyer un malade ayant une hémorragie digestive ou une intoxication d'origine professionnelle. Directement en relation avec l'extérieur, le service d'urgence est celui qui est le plus ouvert à la dimension sociale de la maladie et par conséquent le plus réceptif à la médicalisation actuelle des problèmes sociaux. Or la crise suicidaire est un exemple particulièrement démonstratif de l'intrication psychosociale de l'urgence. Du fait de sa fréquence, du déterminisme complexe multifactoriel qui la sous-tend et du caractère mobilisateur de la dramatisation aussi bien chez le sujet lui-même que sur l'entourage et le groupe social. Par ailleurs, la tentative de suicide ne se pose pas essentiellement comme l'alternative de vivre ou de mourir, mais surtout de devoir revivre le réel ou de ne pas avoir à le revivre. Ce qui est en jeu dans la tentative de suicide, ce n'est pas la vie en absolu, c'est la nécessité de vivre au sens où cette nécessité concerne toujours une réalité donnée.

A notre avis, il faut considérer que la crise suicidaire, comme les autres crises d'ailleurs, est un moment dynamique et spécifique constituant pour beaucoup de patients une conduite novatrice en même temps que cela traduit pour eux un désir de changement et de reconnaissance.

L'institution d'urgence assure la prise en charge psychologique du suicidant dès son réveil du coma. On a souvent insisté sur cette psychothérapie du réveil qui consiste à établir un premier contact et une ébauche de communication avec un sujet dont la vigilance encore imparfaite, facilite parfois l'expression d'émotions et l'émission d'un discours, libérés des défenses qui empêchaient leur extériorisation. Il s'agit d'un moment fécond où l'émergence d'affects, l'irruption de paroles qui étaient enfouis peuvent aller jusqu'à surprendre le sujet lui-même par leur étrangeté. Le recueil du message par le soignant témoigne de l'existence d'une communication et d'un échange qui serviront d'organisateur de la relation future. Cet échange permet au sujet encore confus de se faire reconnaître comme sujet souffrant. Cette communication sera la base de la restauration narcissique et du recouvrement des repères corporels et psychosensoriels. La relation thérapeutique qui se joue souvent dans ces premiers instants de la rencontre, pourra se développer si les soignants sont capables d'éviter un certain nombre de pièges. Il s'agira en particulier pour le service d'urgence de pouvoir contenir les mouvements agressifs du suicidant sans lui offrir trop de bénéfices sadiques en se laissant envahir, voire dévorer, par ses exigences parfois tyrannique et mortifères, sans, non plus, lui « infliger » de satisfactions masochistes par une attitude de rejet ou d'exclusion. Entre ces deux écueils la voie est étroite d'autant que l'institution d'urgence, surchargée en permanence, a tendance elle-même à réagir de façon critique par des clivages ou des dénis protecteurs. Le suicidant, par sa dangerosité réelle ou imaginaire menace l'institution soignante et la confronte avec sa responsabilité et sa mission de devoir protéger le malade contre ses pulsions suicidaires. L'angoisse institutionnelle peut alors se manifester comme telle ou prendre la forme d'une amélioration incessante de fonctionnement; lorsque cette angoisse est trop forte, elle se traduit par des comportements activistes de fuite en avant très bien perçus par le suicidant comme le signe d'une culpabilité et d'une incapacité à le prendre en charge au niveau de sa souffrance.

L'hypothèse de travail retenue dans ces services est donc qu'il faut adopter pour traiter ces situations une attitude psychothérapique dont nous allons énumérer quelques traits.

— Garder une optique qui permette à une certaine demande d'apparaître, ce qui se traduit par le fait que l'urgence n'est souvent que l'urgence d'attendre. Refuser de se précipiter sur un patient pour le calmer à tout prix ou lui faire avouer, par exemple, les raisons de sa tentative de suicide. Cela suppose la capacité à supporter et à respecter le niveau et le mode d'expression choisis par le sujet même si cette expression dérange l'ordre social.

— Laisser ouvertes les possibilités évolutives et maturatives de la crise suicidaire implique une maîtrise contre-transférentielle d'autant plus difficile que dans la crise le malade se débarrasse sous forme de projection de sa partie malade.

— Créer un lieu où le patient se sente en sécurité, c'est-à-dire où les messages, qu'ils viennent d'individus ou de l'institution, soient le plus cohérents et le plus réparateurs possibles. Il s'agit ici d'assurer la négociation et la contention des mouvements émotionnels dont la violence déborde les capacités défensives du sujet.

Comme déductions pratiques sur le plan organisationnel, la priorité dans la crise suicidaire doit être mise sur la notion de soin. Si celui-ci n'est pas spécifique il nécessite un cadre et des moyens appropriés. A notre sens ce cadre doit être relativement neutre et suffisamment souple dans son fonctionnement, c'est-à-dire qu'il n'enferme pas le sujet dans une idéologie ou un programme thérapeutique trop contraignant.

Pour les moyens, il convient d'insister sur la nécessité d'avoir une équipe soignante formée et fournie et non pas un psychiatre isolé, habituée au choc de l'urgence, capable de concilier des exigences thérapeutiques différentes (somatiques et psychiatriques) sans tomber dans la tentation inhérente à l'urgence qu'est la prétention mégalomaniaque.

Après sa sortie de l'hôpital où il ne séjourne en général que quelques jours, va se poser le problème de la continuation de la prise en charge. Un gros effort reste à faire en matière de post-cure. Les deux tiers environ des malades hospitalisés après

une tentative de suicide, sont perdus de vue, ils ne viennent pas aux rendez-vous proposés dans le service et ne se rendent pas plus dans les dispensaires de secteurs où ils ont été adressés. Il faut reconnaître que de graves lacunes demeurent dans l'organisation des consultations de post-cure pour les suicidants. Alors qu'on exige d'eux un contrôle O.R.L. après leur intubation, rien n'est fait d'équivalent sur le plan psychologique. On peut penser que si une consultation psycho-sociale après la sortie était institutionnalisée, cela permettrait d'éviter un certain nombre de rechutes qui se produisent dans les jours suivants comme si le potentiel suicidaire n'était pas encore épuisé. Ce constat d'insuffisance a d'autant plus de portée au niveau national que l'on sait que l'expérience lyonnaise à laquelle nous faisons référence, est considérée comme un modèle du genre se situant à la pointe du progrès en matière de prévention et traitement du suicide. Mais n'est-ce pas l'acceptation de notre limite et de nos insuffisances qui est la condition permettant à notre désir de soigner les suicidants, d'exister ?

BIBLIOGRAPHIE

1. Baechler J. — Les suicides. Calman-Lévy, 1975, 650 p.
2. Haeringer J. — Appels à l'inconnu. Privat, 1980.
3. Ringel E. — Der Selbstmord-Abschluss einer Krankhaften Psychischen Entwicklung. Vienna and Dusseldorf : W. Maudrich, 1953.
4. Schneidman E.S., Farberow N. — The suicide prevention Center of Los Angeles. In : Suicidal Behaviour, Ed. Resnik H.L.P. Little, Brown, Boston, 1968.
5. Soubrier J.P. — Prévention et organismes de prévention. *Rev. du Prat.*, 21, 32, 1971.
6. Varah-Chad. — The Samaritans. London Constable, 1965.
7. Vasse D. — L'inconscient et le téléphone. Bulletin national de S.O.S. Amitié France, n° 15, 1977.

COLLECTION DE MEDECINE LEGALE ET DE TOXICOLOGIE MEDICALE

Directeur : Professeur Louis ROCHE

Université Claude-Bernard I - Faculté de Médecine Alexis-Carrel Lyon

MASSON, Editeur - Paris, New York, Barcelone, Milan

Série A. MEDECINE LEGALE

Acta Medicinae Legalis et Socialis. Tome 22, 1973. *VIII[e] Congrès de l'Académie Internationale de Médecine Légale et de Médecine Sociale.* Opatija-Rijeka (Yougoslavie), 1[er] au 4 octobre 1970. *N° 69,* 1973, 184 pages. **Antiquariat.**

Benezech (M.). — *Aberration du chromosome Y en pathologie médico-légale* Travail du service de Sûreté de l'Hôpital Psychiatrique de Cadillac (G. Robert) et du Laboratoire de cytogénétique du Centre de Transfusion sanguine de Chambéry (B. Noël). *Publié avec le concours du Centre National de la Recherche Scientifique. N° 90,* 1975, 196 pages, 26 tableaux, 444 références bibliographiques.

Brittain (R.P.), Saury (A.) et Guidet (M.R.). — *Bibliographie des travaux français de la médecine légale. N° 46,* 1970, 190 pages. **Antiquariat.**

Brunet (J.), Roche (L.), Védrinne (J.) et Ferry (A.M.). — *L'expertise médicale dans le cadre de la Sécurité Sociale. N° 32,* 1967, 200 pages.

Brunhes (J.). — *Accidents thérapeutiques et responsabilités. N° 51,* 1970, 244 pages.

Catastrophe et mort collective. *XI[e] Congrès de l'Académie Internationale de Médecine Légale et de Médecine Sociale.* Lyon (France), 27-30 août 1979. *Acta Medicinae Legalis et Socialis.* Volume XXX, 1980, *N° 2. N° 117,* 1980, 194 p.

Cotte (L.) et Garon (C.). — *Réparation des accidents du travail.* Aspects médico-légaux. *N° 11,* 1964, 184 pages.

Divorce (Le). *Actes du XXXV[e] Congrès International de Langue Française de Médecine Légale et de Médecine Sociale.* Dijon, 11-14 mai 1977. *N° 104,* 1978, 160 pages.

Doll (P.J.). — *La discipline des greffes, des transplantations* et des autres actes de dispositions concernant le corps humain. *N° 44,* 1970, 312 pages. **Antiquariat.**

Droits de l'homme et contrainte de la personne. *XI[e] Congrès de l'Académie Internationale de Médecine Légale et de Médecine Sociale.* Lyon (France), 27-30 août 1979. *Acta Medicinae Legalis et Socialis.* Volume XXX, 1980, *N° 1. N° 115,* 1980, 256 p.

Finet-Barbellion (Catherine). — *Le statut juridique de l'Anesthésiste-Réanimateur.* Préface de M. le Pr. J. Motin. *N° 92,* 1976, 208 pages.

Frogé (E.). — *Anesthésie et responsabilité. N° 65,* 1972, 168 pages. **Antiquariat.**

Gauthey-Guillini (J.). — *Les problèmes médicaux de l'assurance-vie. N° 78,* 1974, 72 pages.

Insémination Artificielle (L'). *Actes du XXXV[e] Congrès International de Langue Française de Médecine Légale et de Médecine Sociale.* Dijon, 11-14 mai 1977. *N° 105,* 1978, 160 pages.

Kornprobst (L.), Jullien (G.) et Mathias (A.). — *Les auxiliaires médicaux. N° 24,* 1966, 216 pages.

Lacroix (M.). — *Etude médico-légale des pertes de substance de la voûte du crâne. N° 60,* 1972, 126 pages, 28 figures. **Antiquariat.**

Lainey-Cibié (Renée). — *Aspects juridiques de l'exercice de l'Art Dentaire en clientèle privée. N° 95,* 1976, 252 pages.

Leclercq (M.). — *Entomologie et Médecine Légale.* Datation de la Mort. Préface Pr. A. André. *N° 108,* 1978, 112 pages.

Le Gueut (J.) et Marin (A.). — *Expertise médico-judiciaire.* Aspects juridiques et réalisation pratique. *N° 09,* 1963, 134 pages.

Malherbe (J.). — *Médecine et droit moderne. N° 40,* 1969, 260 pages.

La médecine légale en France. *Rapport du groupe de travail chargé d'étudier les problèmes de médecine légale.* Ministère de la Justice. Mars 1976. Préface de M. Davenas, Avocat Général à la Cour de Cassation. *N° 89,* 1975, 168 pages.

Médecine Légale à l'Hôpital. *XI^e Congrès de l'Académie Internationale de Médecine Légale et de Médecine Sociale.* Lyon (France), 27-30 août 1979. *Acta Medicinae Legalis et Socialis.* Volume XXIX, 1979, *N° 1. N° 113,* 1980, 128 p.

Mort Naturelle et Mort Violente. Suicide et Sacrifice. *Compte rendu du IV^e Congrès de la Société Française de Thanatologie. Lyon,* 2 et 3 juin 1972. *N° 67,* 1973, 192 pages.

Nicolas (G.) et Barreteau (C.). — *Les incapables majeurs. N° 56,* 1971, 126 pages, 1 tableau.

Responsabilité civile des médecins (La). *V^e colloque de Droit Européen organisé par le Conseil de l'Europe.* Lyon, 3-5 juin 1975. *N° 91,* 1976, 192 pages.

Roche (L.), L. Cotte, J.-J. David et A. Saury. — *La médecine légale sociale. N° 23.* 1966, 254 pages, 31 figures, 43 tableaux.

Vacher (J.), H. Périe et J.-M. Fourré. — *Aspects médico-légaux de la médecine du sport. N° 41.* 1969, 182 pages.

Verner (Ph.). — *L'exercice illégal de l'art dentaire. N° 76.* 1974, 80 pages.

Série B. DOMMAGE CORPOREL

Arcadio (F.), Moulay (A.) et Chauvinc (P.). — *Gestes de la vie quotidienne* (étude cinétique globale). *N° 75,* 1973, 184 pages.

Discarthroses post-traumatiques et problèmes médico-légaux. — *V^e Conférence Internationale des Maladies Rhumatismales.* Aix-les-Bains, 28 juin au 1^er juillet 1972. *N° 70,* 1973, 152 pages. **Antiquariat.**

Etat antérieur dans la réparation du dommage corporel en droit commun. Secret professionnel et assurances. *XI^e Congrès de l'Académie Internationale de Médecine Légale et de Médecine Sociale.* Lyon (France), 27-30 août 1979. *Acta Medicinae Legalis et Socialis.* Volume XXIX, 1979, *N° 2. N° 114,* 1980, 280 p.

Gautier (B.). — *Les dévalorisations humaines dans le droit et l'économie.* Essai sur la mesure des capacités et des incapacités par l'emploi des ordinateurs. *N° 43,* 1970, 178 pages, 8 tableaux. **Antiquariat.**

Le Gueut (J.), Roche (L.), Reynaud (Ch. A.), Daligand (L.), Diamant Berger (O.). — *La réparation du dommage corporel en droit commun. N° 112,* 1980, 416 pages.

La Réparation médico-légale des paraplégiques. *Journée Lyonnaise de " Réparation du Dommage Corporel ",* Lyon, 16 janvier 1974. *N° 87.* 1975, 120 pages.

Série C. CRIMINOLOGIE

Chimiothérapie, Psychothérapie, Criminologie. *Colloque de Toulouse.* 17 novembre 1972. *N° 68.* 1973, 96 pages.

Colin (M.). — *Etudes de criminologie clinique. N° 10.* 1964, 292 pages.

Colin (M.) (sous la direction de). — *L'équipement en criminologie* (Actes du 14e Cours International de Criminologie. Lyon, 1964). *N° 18.* 1965, 584 pages. **Antiquariat.**

Gonin (D.). — *Psychothérapie de groupe du délinquant adulte en milieu pénitentiaire. N° 30.* 1967, 158 pages.

Hijazi (M.). — *Délinquance juvénile et réalisation de soi. N° 21.* 1966, 296 pages.

Hochmann (J.). — *La relation clinique en milieu pénitentiaire. N° 13.* 1964 126 pages.

Mougeot (M.). — *Le traitement des mineurs inadaptés dans un établissement breton. N° 35.* 1968, 136 pages, 8 tableaux. **Antiquariat.**

Stéphany (J.). — *Contribution à l'étude de la personnalité exhibitionniste. N° 29.* 1967, 70 pages.

Traitement (Le) dans le service pénal. *Perspectives nouvelles (Actes du Xe Congrès français de Criminologie.* Lyon, 1969). *N° 52.* 1970, 224 pages

Série D. SUICIDOLOGIE — TOXICOMANIE

Epidémiologie du suicide. Réalisation pratique. Incidences prophylactiques. *Ve réunion du Groupement d'études et de prévention du suicide* (Le Mans, 5 mai 1973), sous la direction de J.P. Soubrier et J. Védrinne (Secrétaires du Groupement). *Publié avec le concours du Centre national de la Recherche Scientifique. N° 82,* 1974, 160 pages.

Suicide et Mass Média. *IIIe réunion du Groupement d'Etudes et de Prévention du Suicide* (Paris, 24 avril 1971). *N° 64,* 1972.

Vedrinne (J.). — *L'intoxication aiguë volontaire.* Quelques aspects médico-sociaux d'après 1 000 observations). *N° 16,* 1965, 126 pages, tableaux.

Série E. TOXICOLOGIE MEDICALE

Actualités Toxicologiques. *Actes du 1er Congrès Mondial de Toxicologie clinique et des Centres Anti-Poisons.* Lyon, 29 juin-1er juillet 1978. Pr L. Roche, Lyon. *n° 111,* 1979, 376 pages.

Armand (J.M.). — *Antidotes et intoxications aiguës. N° 58,* 1971, 194 pages, 25 figures, 18 tableaux.

Bertran-Capella (A.), Hernandez-Gutterrez (F.), Corbella (J.). — *Intoxication au Thallium.* Préface du Pr. L. Roche. *N° 63,* 1972, 120 pages.

Bouletreau (P.). — *L'intoxication aiguë par l'oxyde de carbone.* A propos de 639 cas observés à Lyon en 3 ans. *N° 49,* 1970, 178 pages.

Centres Anti-Poisons. *Accidents thérapeutiques.* Effets secondaires des médicaments. Méthodologie de leur dépistage. Pharmaco-vigilance à l'hôpital. *N° 71,* 1973, 184 pages.

Champeix (J.) et Catilina (P.). — *Les intoxications par l'acroléine. N° 33,* 1967, 112 pages, 22 figures, 6 tableaux.

Champignons toxiques. *Compte rendu de la Réunion du Groupement Français des Centres Anti-Poisons.* Pont-à-Mousson - 26 mai 1977. *N° 106,* 1978, 216 pages.

Congrès (1er) Européen des Centres de Lutte contre les poisons. (Tours, 1964). *N° 17,* 1965, 206 pages. **Antiquariat.**

Congrès (2e) Européen des Centres de Lutte contre les poisons. (Copenhague, 1966). *N° 27,* 1967, 186 pages, 8 figures, 40 tableaux. **Antiquariat.**

Diamant-Berger (O.), Sabat (G.). — *Information médicale et publicité pharmaceutique.* Règlementation et revue de jurisprudence. *N° 80,* 1974, 174 pages.

Ducluzeau (R.). — *Les intoxications barbituriques aiguës.* A propos de 1 012 observations du Service de Toxicologie Clinique de Lyon. 35 tableaux. *N° 57,* 1971, 166 pages.

Evreux (J.C.). — *Effects cardiaques de l'Imipramine et de ses dérivés.* Contribution expérimentale à l'étude de leur toxicité. *N° 25,* 1967, 142 pages, 14 figures et tableaux, 24 planches. **Antiquariat.**

Evreux (J.C.), Motin (J.), Roche (L.), Vincent (V.) et collaborateurs. — *Précis de Toxicologie Clinique. N° 38,* 1968, 388 pages, 10 tableaux.

Faivre (M.), Faivre (J.) et Armand (J.). — *Les méthémoglobinémies toxiques. N° 47,* 1970, 120 pages, 3 figures, 2 tableaux. **Antiquariat.**

Gervais (P.). — *Réactions allergiques aux substances chimiques de composition définie.* Physiopathologie, clinique, diagnostic. *N° 39,* 1968, 358 pages, 46 tableaux et schémas.

Govaerts-Lepicard (M.), Degroot (S.). — *Bibliothèque des Centres Anti-Poisons.* Travail réalisé au Centre Belge Anti-Poisons grâce à la collaboration de 31 Centres Anti-Poisons et Services de Toxicologie. *N° 94,* 1976, 156 pages.

Gras (G.). — *L'intoxication oxycarbonée aiguë et ses manifestations cardio-vasculaires. N° 34,* 1967, 104 pages, 9 tableaux. **Antiquariat.**

Hépatites (Les) toxiques. *Comptes rendus de la 7° réunion nationale des Centres de lutte contre les poisons.* Paris, juin 1966. *N° 28,* 1967, 112 pages, 11 tableaux. **Antiquariat.**

Hépatonéphrites (Les) toxiques. *Comptes rendus de la 8° réunion des Centres de Lutte contre les poisons.* Grenoble, 1967. *N° 36,* 1968, 194 pages, 20 figures, 2 planches, 32 tableaux. **Antiquariat.**

Intoxication par les Pesticides. Prévention dans les pays en développement. *Réunion commune « Organisation Mondiale de la Santé - Fédération Mondiale des Associations des Centres de Toxicologie Clinique et des Centres Anti-Poisons ».* Genève (Suisse), 24-26 mars 1980. *N° 119,* 1981, 256 p.

Kaloyanova-Simeonova (F.) et Fournier (E.). — *Les pesticides et l'Homme.* Etude générale de la toxicologie humaine des pesticides modernes. *N° 59,* 1971, 166 pages, 17 tableaux.

Kleinknecht (D.), Fillastre (J.P.). — *La tolérance rénale des antibiotiques. N° 77,* 1974, 96 pages.

Larcan (A.), Lambert (H.). — *Les intoxications par les dérivés de l'ergot de seigle. N° 99,* 1977, 202 pages.

Lebeau (B.), Chrétien (J.). — *La pollution dans la maison.* Effets sur l'appareil respiratoire. *N° 97,* 1977, 144 pages.

Lery (N. et L.). — *Accidents thérapeutiques médicamenteux.* Statistique de 1 000 cas. I - Anticoagulants. Corticoïdes. *N° 54,* 1970, 214 pages, 63 tableaux. **Antiquariat.**

L'immunotoxicologie. *Groupement lyonnais de lutte contre les intoxications.* Réunion de Lyon, 24 octobre 1974. *Publié avec le concours du Centre National de la Recherche Scientifique. N° 86,* 1975, 120 pages.

Melique (P.). — *Le médicament dans la communauté européenne.* Les problèmes législatifs et économiques. Préface de C. Alin. *N° 81,* 1974, 156 pages.

Mellerio (F.). — *L'électroencéphalographie dans les intoxications aiguës. N° 15,* 1964, 494 pages, 180 figures. **Antiquariat.**

Mycotoxines. *Compte rendu de la Réunion de la Société Française de Toxicologie.* Pont-à-Mousson - 2 mai 1977. *N° 107,* 1978, 152 pages.

Péqueriau (J.), Motin (J.) et Rouzioux (J.M.). — *L'intoxication salicylée.* D'après 70 observations du Centre Anti-Poisons de Lyon. *N° 50,* 1970, 126 pages, 17 tableaux. **Antiquariat.**

Potter (M.), Perrot (L.), Védrinne (J.) et Restoy (R.). — *L'intoxication digitalique massive. N° 14,* 1964, 158 pages, avec tableaux. **Antiquariat.**

Rein et Toxique. *XIV^es Journées du Groupement Français des Centres Anti-Poisons. Réunion de la Société Française de Toxicologie.* Lyon, 27-28 février - 1^er mars 1975. *N° 85,* 1975, 554 pages.

Robaglia (J.L.), Jouglard (J.). — *Les effets indésirables du Lithium.* Préface du Professeur J. Sutter. Nombreux tableaux. *N° 93,* 1976, 480 pages.

Rouzioux (J.M.). — *Les essais des nouveaux médicaments chez l'homme.* Problèmes juridiques et éthiques. Préface de F. Davenas, Avocat Général à la Cour de Cassation. *N° 103,* 1978, 184 pages.

Sang et Toxiques. *XV^es Journées du Groupement Français des Centres Anti-Poisons.* Paris, 4 juin 1976. *N° 98,* 1977, 230 pages.

Sunshine (L.), Govaerts (A.), Gaultier (M.), Roche (L.) et Vincent (V.). — *Les Centres anti-poisons dans le monde. N° 22,* 1966, 220 pages, 8 figures, nombreux tableaux. **Antiquariat.**

Thanatologie, Mort par intoxication. *XI^e Congrès de l'Académie Internationale de Médecine Légale et de Médecine Sociale.* Lyon (France), 27-30 août 1979. *Acta Medicinae Legalis et Socialis.* Volume XXX, 1980, *N° 3. N° 118,* 1980, 198 p.

Toxicovigilance. *Compte rendu de la Réunion commune O.M.S.-Fédération mondiale des Associations des Centres de Toxicologie et des Centres Anti-Poisons.* Genève, 27-28 juin 1978. Pr Roche, *N° 110,* 1978, 480 pages.

Série F. ECONOMIE MEDICALE

Bertrand (D.). — *Le budget social de la Nation. N° 102,* 1978, 128 pages.

Economie de la Santé. *Evolution des actes en B.* Lyon. 20 mars 1973. *N° 73,* 216 pages. **Antiquariat.**

Gallois (P.), Cavallaro (J.), Cayot (J.F.), Gonthier (M.J.), Lamour (J.) et collaborateurs. — *Le département de médecine interne de l'hôpital de Mâcon.* Enquête démographique, sociologique et médicale sur une année de fonctionnement d'un hôpital de deuxième catégorie. *N° 55,* 1971, 176 pages, 58 tableaux. **Antiquariat.**

Leçons d'Economie Médicale. 1^re Série. *N° 101,* 1977, 224 pages.

Leçons d'Economie Médicale. 2^e Série. *N° 109,* 1978, 152 pages.

Leçons d'Economie Médicale - 3^e série. *N° 116,* 1980, 224 p.

Poisvert (M.). — *Economie des urgences et des détresses.* Rôle des S.A.M.U. Avec la collaboration de Marc Portal et Michel Pouchain. Préface du Professeur Michèle Fardeau. *N° 96,* 1976, 164 pages.

Prost (A.). — *Services de santé en pays africain.* Leur place dans les structures socio-économiques en voie de développement. *N° 53,* 1970, 160 pages, 30 tableaux.

Rationalisation des choix budgétaires en matière de santé. *II^e réunion de l'Association Lyonnaise d'Economie Médicale.* Lyon, 25 avril 1974. *N° 84,* 1975, 188 pages, 9 tableaux.

Raymondis (L.M.). — *Pour une politique de l'urgence.* L'expérience lyonnaise. *Publié avec le concours du Centre National de la Recherche Scientifique. N° 83,* 1975, 280 pages.

Thielly (P.), Thielly (H.), Marchand (R.). — *Rhône-Alpes : les professions de la santé et la santé de la population.* Essai de démographie sanitaire régionale. *N° 72,* 1973, 208 pages. **Antiquariat.**

Urgence (L') Médicale à Lyon. *Réunion du 30 septembre 1976.* Lyon. *N° 100,* 1977, 224 pages.

Série G. ANTHROPOLOGIE — DIVERS

Baumann (G.), Baumann (J.A.), Garcia-Bohny (U.), Lang (R.). — *La méthode anthropobiométrique de recherche de paternité. N° 61,* 1972, 64 pages, 4 tableaux, 10 figures. **Antiquariat.**

Brunaud (P.). — *L'institution en création.* Création d'une équipe de soins psychiatriques en milieu libéral. Préface du Pr. Agr. J. Védrinne. *N° 62,* 1972. 124 pages.

Fenies (J.). — *Spéléologie et médecine. N° 19,* 1965, 158 pages. **Antiquariat.**

Morel (P.) et Bouvery (P.). — *Aspects anthropologiques et sociopathiques de dix assassins guillotinés au XIX^e siècle dans la région lyonnaise. N° 12,* 1964, 86 pages, 10 figures. **Antiquariat.**

Ragot (M.). — *Le saut en parachute.* Aspects psychosociologiques. *N° 66,* 1973, 208 pages.

Roux (A.). — *Contribution à l'étude de la féminisation de la profession médicale.* Quelques réflexions sur l'image du médecin au travers de l'évolution historique et psychologique de la condition de la femme. *Publié avec le concours du Centre National de la Recherche Scientifique. N° 88,* 1975, 112 pages.

Settelen (D.), Ploton (L.), Isoard (P.), Abrigeon (E.). — *Influences biologiques et psychologiques de la pollution atmosphérique.* A propos du cas particulier des Raffineries de pétrole. Préface de A. Jarrot (Ministre de la Qualité de la vie). *N° 79,* 1974, 328 pages. **Antiquariat.**